

Ernst-Ulrich Huster

»Philosophien« der niederländischen und deutschen sozialen Sicherungssysteme

- am Beispiel der Armutsbekämpfung

Thesen

Ein Vergleich zweier Sozialsysteme, die höchst unterschiedlich sind, kann sich nicht darauf beschränken, lediglich einzelne Regelungen zueinander in Beziehung zu setzen, sondern bedarf der Einbeziehung der unterschiedlichen, die einzelnen nationalen Systeme letztlich tragenden geschichtlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen und Strukturen. Der nachfolgende Vergleich kann folglich nur sehr cursorisch erfolgen, wäre doch ein derartiger umfassender Vergleich keineswegs auf einigen wenigen Seiten möglich, erst recht, wenn man bedenkt, daß zu jedem »mainstream« nationaler Entwicklung immer auch Abweichungen vorliegen. Die vorgelegten Thesen haben workshop-Charakter und sollen eine detailliertere Auseinandersetzung über dieses Thema befördern und nicht ersetzen.

I. Zwei Geschichtsverläufe

1. Zu einem Zeitpunkt, als die europäischen Länder schlechthin erst zur Herausbildung absolutistischer Herrschaftsstrukturen ansetzen, kommt die bürgerliche Revolution in den Niederlanden bereits zu einem republikanischen Abschluß: Im Frieden von Münster werden die Niederlande von den europäischen Großmächten als Republik anerkannt.

2. Der bürgerliche Befreiungskampf in den Niederlanden war zugleich ein Kampf gegen den Katholizismus. Bürgerlicher Humanismus und protestantisch-calvinistisches Denken bilden ein Amalgam.

3. Gerade diese Verbindung von Glaubensfragen mit denen bürgerlicher Emanzipation führt zu einem Grundproblem, einerseits die weltanschauliche feste Verwurzelung zu verteidigen, andererseits Toleranz anderen gegenüber aufzubringen, denen man auch diese Verwurzelung zugesteht. Auf dieser Grundlage kommt es in der 2. Hälfte des 19. Jh. / zu Beginn des 20. Jh. zu einer weltanschaulich bestimmten Versäulung der Gesellschaft (»Souveränität im eigenen Kreise«), die auch durch soziale Verschiebungen nicht aufgehoben wird. Die späte Industrialisierung rührt letztlich nur zu einer weiteren Säule, der des Sozialismus.

4. Die Niederlande sind - vom 17. Jh. abgesehen - eine kleinere Handelsnation, die im Kräfteparallelogramm von drei Großmächten angesiedelt ist. Dies führte in den Niederlanden zu einer strukturellen außenpolitischen Neutralität im Übergang zum 20. Jahrhundert bei gleichzeitiger Bereitschaft, Wertvorstellungen und institutionelle Vorgaben anderer Länder in das eigene Sozialsystem zu integrieren.

5. Die niederländische Geschichte stellt schließlich eine stete Auseinandersetzung zwischen zentralistischen und dezentralen Kräften im Land dar.

6. Humanismus und Reformation waren in Deutschland nicht der Ausgangspunkt zur bürgerlichen Revolution, sondern vielmehr zur Herausbildung absolutistischer Monarchien in diversen Varianten. Der »Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit« wurde in immer kühnerer Weise an theoretische Konstrukte gebunden, denen zufolge Vernunft und Freiheit letztlich sich geschichtlich selbstverwirklichende Ideen seien, die nun - in der tristen Realität des absolutistischen Staates - zum Durchbruch kämen. Dem Menschen wurde ein Spagat zwischen dieser Seins-Realität und der Sollens-Erwartung zugemutet.

7. Das Christentum spielte selbstverständlich auch in Deutschland eine entscheidende Rolle, mit der landesherrlichen Zuständigkeit allerdings für die Religion (»Cuis regio eius religio.«) hat es einen starken Herrschaftscharakter. Ein Nebeneinander konkurrierender Glaubenssätze gab es folglich lange Zeit nicht. Der Staat definierte das Sollen und sanktionierte das Abweichen. Dies zeigte sich exemplarisch beim Aufkommen der Arbeiterbewegung: Der außenpolitischen Raufsucht des Kaiserreichs entsprach die innerstaatliche Feinderklärung.

8. Das »Modell Deutschland« ist keineswegs erst die Erfindung des Deutschlands der 70er Jahre. Letztlich werden Entwicklungen in Deutschland beispielgebend verstanden für andere Staaten bzw. andere Staaten hängen sich an deutsche Entwicklungen an (bspw. Bedeutung der Rentenversicherung für die Herausbildung von Alterssicherungssystemen in Europa). Dies hängt auch mit den wirtschaftlichen Vorgaben (letztlich lange Zeit der Investitionsgüterlieferant Europas, auch heute immer noch der bestimmende) und der geographischen Lage Deutschlands zusammen.

9. Auf Grund der geschichtlichen Entwicklung ist die dezentrale Ebene der Ausgangspunkt späterer Zentralisierungstendenzen, die dann allerdings zunehmend die dezentrale Ebene zum bloßen Ausführungsorgan zentraler Entscheidungen werden lassen.

II. Unterschiedliche Strukturprinzipien im System der sozialen Sicherung

1. Wer zuerst kommt, den bestraft das Leben mit dem notwendigen trial-and-error bei der Suche nach neuen Lösungen. Während die Niederlande mit ihrem reichen Handelsbürgertum, ihren bäuerlichen Strukturen und als Folge der späten Industrialisierung lange Zeit nicht nach einem neuen sozialen Sicherungssystem suchten/suchen mußten, war das Deutsche Reich, später zwar als etwa Großbritannien, ab Mitte des 19. Jh. mit den sozialen Folgen der Industrialisierung konfrontiert. Auch wollte man diese Probleme nicht sich selbst bzw. der aufkommenden Arbeiterbewegung überlassen.

2. Das deutsche System der sozialen Sicherung trennt zwischen einer Arbeiterpolitik, die im wesentlichen Risiken absichert, die einer Erwerbsarbeit ableiten, und einer abhängiger Erwerbsarbeit ableiten, und einer Armenpolitik, die für all die Fälle zuständig ist, die von ersterer nicht erfaßt werden. Dabei findet eine relative Privilegierung der Arbeiterpolitik ggb. der Armenpolitik statt.

3. Die in der Sozialversicherung am deutlichsten zum Ausdruck kommende Arbeiterpolitik in Deutschland hat drei Wurzeln:

- das obrigkeitstaaliche, feudale Fürsorgedenken (Großgrundbesitzer, Beamtenpenapparat etc.)
- das privatwirtschaftliche Versicherungsdanken

(betriebliche Sicherungssysteme etwa bei Krupp etc.)

- den Solidargedanken aus kirchlicher Tradition wie aus der aufkommenden Arbeiterbewegung.

Das System der Sozialversicherung wurde so konzipiert, daß es die Folgen der Industrialisierung zwar nachträglich kompensiert, nicht aber deren Grundlagen in Frage stellt. Deshalb werden im deutschen Sozialversicherungssystem vorherrschend:

- die Kausal motivation (Was ist die Ursache des eingetretenen Schadens und wer ist deshalb dafür zuständig?) und das Äquivalenzprinzip (beitragsbezogene Leistungen).

Dieses Sozialversicherungssystem ist an das Normalarbeitsverhältnis gebunden.

Nachdem die deutsche Sozialdemokratie zunächst die Mitarbeit an der Sozialversicherung verweigert hatte, findet sie wie die Gewerkschaften hier sehr bald eines ihrer zentralen politischen Betätigungsfelder und beteiligt sich am Ausbau insbesondere der Solidarelemente in der Sozialversicherung.

4. Unterhalb der Arbeiterpolitik, gleichsam im Souterrain des Wohlfahrtsstaats, existiert die Armenpolitik fort, die letztlich auf zwei Wurzeln zurückgeht:

- die feudale Fürsorge und
- die christliche Caritas (»Subsidiarität«).

Während bis zum I. Weltkrieg Vollbeschäftigung herrschte und somit Armut nur sehr begrenzte Personenkreise erfaßte, kommt der Armenpolitik in der Weimarer Republik eine neue Bedeutung zu: Als Folge von Krieg und Nachkriegsereignissen sacken Personenkreise in die Armut, die damit unter normalen Bedingungen nicht in Berührung gekommen wären. Die alte Trennung zwischen würdigen und unwürdigen Armen findet hier ihren Niederschlag in gestaffelten Fürsorgesätzen. Hier wie in der Zeit nach dem II. Weltkrieg aber bleibt gültig, daß Armenfragen letztlich nicht zentral regelbar sind. Im BSHG von 1961/62 wird festgelegt, daß die Leistungen der Finalmotivation folgen: Der eingetretene Schaden und das Ziel, ein Leben zu sichern, das der Würde des Menschen entspricht, bestimmen die kommunale Intervention. Gleichwohl stehen die Leistungen immer wieder auch unter derartigen Kausalitätsüberlegungen, so etwa bei der Frage, ob Arbeitsunwilligkeit, unwirtschaftliches Verhalten vorliegt und neuerdings, ob jemand Asylbewerber ist u.v.a.m.

5. Die unterschiedlich gewichtete Beteiligung der einzelnen Akteure im deutschen Sozialstaat: Bund, Sozialversicherung, Länder, Gemeinden, überörtliche Träger, freie Träger, sichern auf der einen Seite eine beachtliche soziale Sicherheit im flächendeckenden Umfang, gleichzeitig schafft sie über die Dominanz der Kausal motivation immer wieder neue Sicherungslücken und bietet die Möglichkeit, soziale Risiken bzw. Kosten im wesentlichen von den zentralen Sicherungssystemen in die dezentralen der Armenverwaltung zu verschieben: Der Bund beschließt Kürzungen etwa in der Arbeitslosenversicherung mit der Folge, daß die Kommunen und teilweise die freie Wohlfahrtspflege die Folgen davon auffangen müssen.

6. Arbeiterpolitik und weite Teile der Armenpolitik haben immer auch wirtschaftliche Funktionen, so etwa zur Steuerung der konsumtiven Endnachfrage, der Entlastung des Arbeitsmarktes. Gerade in den 80er Jahren ist darüberhinaus der enge Zusammenhang zwischen Sozialhilfeniveau, Lohnersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit und der Lohnhöhe mehrfach deutlich geworden und bewußt seitens der staatlichen Politik genutzt worden, um das Lohnniveau real abzusinken.

7. Im Gegensatz zur Vorherrschaft von Kausalität und Äquivalenz im deutschen Sicherungssystem, gibt es in den Niederlanden ein Nebeneinander von Finalität und Kausalität.

8. Beginnend mit dem Mindestlohn ist in den Niederlanden ein umfangreiches System von Volksversicherungen aufgebaut worden, das steuerfinanziert Mindestleistungen garantiert, die oberhalb der Sozialhilfe liegen. Auch bei der Sozialhilfe wird die Finalität streng eingehalten.

9. Da in den Niederlanden alle für die zentralen Sicherungssysteme relevanten Gelder zentral eingenommen werden, dort zugleich die Regelungskompetenz für alle Sicherungssysteme liegt, ist eine Kostenverschiebung von einem zentralen auf ein anderes Sicherungssystem nicht ohne weiteres möglich. Dies schließt allerdings nicht aus, daß auch in den Niederlanden in den 80er Jahren Kosten im sozialen Sicherungssystem eingespart wurden und daß die Finanzierung der zukünftigen Sozialpolitik ein ebenso zentrales Thema darstellt wie in Deutschland.

10. Parallel zu den Volksversicherungen gibt es in den Niederlanden auch Arbeitnehmersicherungen, die im Kern beruigenossenschaftlich organisiert sind und dem Äquivalenzprinzip sowie der Kausal motivation folgen.

III. Partizipation im Sozialstaat

1. Die sozialen Leistungen in den Niederlanden und in Deutschland sind durchaus vergleichbar. In den Niederlanden wird zwar ein etwas höherer Anteil des BSP für soziale Leistungen aufgewendet, doch ist die Sozialleistungsquote beider Länder relativ hoch, gemessen an anderen Staaten. In beiden Ländern besteht ein großer Konsens in der Bevölkerung, daß das Sozialleistungssystem insgesamt gut ist. Die Wirtschaftssysteme beider Länder sind marktwirtschaftlich-kapitalistisch ausgerichtet, die jeweiligen nationalen Wirtschaftspolitiken waren in den 80er Jahren im wesentlichen angebotsorientiert, in beiden Ländern fanden und finden Diskussionen über Mißbräuche im sozialen Sicherungssystem ebenso statt wie über Grenzen der Finanzierbarkeit des Sozialstaates. Kurz: Das Wasser des Rheins fließt in beiden Ländern von oben nach unten.

2. Die Unterschiede liegen letztlich in unterschiedlichen Partizipationsmodellen im Sozialstaat. Während in Deutschland in der Phase eines epochalen Umbruchs und noch ungeklärter Machtverhältnisse zaghafte Formen einen »runden Tisches« entwickelt werden, die allerdings sofort von Formen institutionellen bargaining abgelöst wurden, ist die niederländische Politik aus ihrer Geschichte (Versäulung, Toleranz etc.) strukturell korporatistisch angelegt, und zwar von den Kommunen bis zum Reich.

3. Nehmen wir als Beispiel die Kommunen: Die Bürger wählen einen Stadtrat, aus diesem Stadtrat wird der Magistrat gebildet. Den Bürgermeister allerdings setzt die Krone, spricht die Zentralregierung ein, aber so, daß er »paßt«. Neben den parlamentarischen Gremien gibt es auf allen Ebenen teils formelle, teils informelle Räte, die pluralistisch besetzt sind und darum bemüht sind, einen möglichst weitgehenden Konsens herbeizuführen.

4. Dem liegt letztlich ein durch den Humanismus geprägtes Menschenbild zu Grunde, wonach der Mensch eine eigenständige Würde und Freiheit besitzt, die sich beständig vervollkommt, die von

außen zwar Hilfe benötigt, den einzelnen aber nie von seinen eigenen Anstrengungen befreien kann. Letztlich geht es um ein gutes, gelingendes Leben. Dieser Gedanke verbindet sich mit einer utilitaristischen Handlungsethik, wonach jeder das tun soll, was ihm selbst und möglichst vielen anderen konkrete Glückseligkeit bringen wird. Dieses Menschenbild verbindet sich also mit einer sehr konkreten Vergesellschaftung.

5. Infolgedessen verwirklicht sich soziale Sicherung in den Niederlanden nicht nur in monetären Leistungen bzw. professionell angebotenen Dienstleistungen. Das niederländische Sozialsystem verbindet monetäre Leistungen mit professionell sowie ehrenamtlich angebotenen Diensten und Dienstleistungen. In der Vielzahl kleiner sozialer Netze kommt die Pluralität der Gesellschaft ebenso zum Tragen wie die angesprochene Vergesellschaftung: Der permanente »runde Tisch« sichert Partizipation. Pointiert formuliert: Der korporatismus in den Niederlanden öffnet zur Teilnahme mehr als daß er ausschließt. Soziale Dienste sind hier also Tätigkeit der Gesellschaft selbst, sei es in rein ehrenamtlicher Form, sei es ehrenamtlich mit staatlicher Unterstützung, sei es in Verbindung von ehrenamtlicher und professioneller Tätigkeit. Die Rechtsform der Stichting ist geeignet, derartig unterschiedliche Kooperationsformen zu ermöglichen.

6. In Deutschland geschieht soziale Arbeit zunächst und vor allem im Amt: Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt. Angesichts komplexer werdender gesellschaftlicher Probleme und der professionellen Standards erfolgt zunehmend auch eine Arbeitsteilung zwischen den Ämtern und den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die in hohem Maße von der öffentlichen Finanzierung abhängig sind. Dabei sichert dieses System im Prinzip eine flächendeckende Versorgung, was bei einem Flächenstaat wie der Bundesrepublik Deutschland ungleich schwieriger ist als bei einem relativ kleinen Land wie den Niederlanden.

7. Eine hoffentlich nicht zu gewagte Abschlußthese: Das deutsche Sicherungssystem ist von seiner Geschichte, seinen Strukturprinzipien her mehr auf Erziehung, das niederländische dagegen mehr auf Partizipation ausgerichtet. Im niederländischen Sozialsystem geht es um eine Ethik der Lebensführung, im deutschen um eine Erziehung zum ordentlichen Mitglied der Arbeitsgesellschaft.

IV. Problemanzeigen

1. Der Subjekt - Objekt - Bezug in der sozialen Arbeit

Die in der deutschen Geistes- und Sozialgeschichte wirksam gewordene Sollen-Ist-Spannung sucht nach normativen Zielen für gesellschaftliche Entwicklungen. Sofern die dafür relevanten sozialen Grundlagen, die Implikate des zugehörigen Menschenbildes und der Aspekt der Partizipation dabei reflektiert werden, ist diese Spannung durchaus produktiv. Unterbleibt dies etwa in der akademischen Ausbildung von Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, ist der »Praxisschock« unausweichlich. Die Kritik an mannigfachen Erscheinungsformen utilitaristischer oder gar bloß pragmatischer Ethiken, die auf die Zielvorgabe einer umfassenden rationalen, sozialen Ordnung verzichten, trifft zu und wirft - zumindest aus nachkantianischer Sicht - Probleme der Zuordnung auf: Was soll denn nun das Ziel sozialer Politik sein? Es gehört sicher zu den Stärken deutscher Sozialphilosophie, die Frage nach dem »summum

bonum« immer wieder gestellt und auf deren Beantwortung gedrängt zu haben. Allerdings gehört es ebenso zu den Erfahrungen deutscher Sozialphilosophie, letztlich dieses Sollen immer wieder revidiert zu haben, immer wieder revidieren zu müssen. Dies ließe sich an den Prinzipien der sozialen Sicherung exemplarisch nachzeichnen. Diese Spannung zwischen Sein und Sollen kann fruchtbar, aber auch gefährlich sein, kann sie doch konkrete Menschen bzw. soziale Prozesse außergeleiteter Ziele willen umorientieren, umerziehen. Im Gegensatz dazu suchen soziale Gruppen in den Niederlanden etwa über die Form von Stichtings neue Probleme auf, geleitet von der Grundüberlegung, daß letztlich jeder am besten für sich weiß, was das Beste für ihn ist, sofern man ihm nur die Rahmenbedingungen schafft. Nicht das Sollen eines sozial vorgegebenen Zieles bestimmt die Intervention, sondern die Möglichkeiten und Präferenzen des Individuums selbst. Die sozialen Rahmendaten sind dabei Bestandteil dieser Möglichkeiten selbst.

2. Prävention

Was leisten letztlich beide Systeme, um Armut zu bekämpfen bzw. deren Entstehen zu verhindern? Die hoheitliche Armutsverwaltung in Deutschland kompensiert im wesentlichen fehlende Geld- und Sachleistungen auf der Grundlage einer Einzelfallprüfung. In den Niederlanden provoziert man ungläubiges Staunen bis hin zu unfreiwilliger Komik, wenn man dort von der Wirklichkeit bundesdeutscher Armutsverwaltung berichtet: Familiensubsidarität, Zählen von Unterhosen, Mehrbedarfszuschlägen etc. Dort gibt es prinzipiell nur finale, pauschalierte Leistungen für die konkreten Personen in Not. Vor allem aber setzt die Armutsbekämpfung in den Niederlanden dort an, wo die Verarmungsrisiken liegen:

- finale Mindestleistungen in den vorgelagerten Volksversicherungen
- Arbeitslosigkeit: Programme zur Integration vor allem von Problemgruppen
- Gesetz für besondere Krankheiten, damit Wegfall der Verarmungsrisiken Pflege und Behinderung
- Delinquenz: Neben dem Legalitätsprinzip steht das Opportunitätsprinzip und schafft die Möglichkeit, dann von Strafverfolgung ganz oder teilweise abzusehen, wenn das gesellschaftliche Ziel auch anders etwa durch Therapien erreicht werden kann. Gerade hierbei kommt der Sozialarbeit eine wichtige Aufgabe zu (Reclassering, forensische Psychiatrie etc.)
- Drogenpolitik: Entkriminalisierung, Therapie statt Strafe etc.

3. Soziale Kontrolle

Die Niederlande sind kein Land ohne soziale Probleme, im Gegenteil: Die Geschichte der letzten Jahrzehnte zeigt, daß immer neue Probleme aufbrechen und auf eine Bearbeitung warten. Ein besonderes Problem stellt der Umgang beispielsweise mit ethnischen Minderheiten dar. Allerdings zeigt sich bei gewichtigen Problemen eine geringere Rückfallquote und tendentiell eine Eingrenzung von Problemen (Kriminalität, Drogen etc.). Dies ist m.E. v.a. auf die dort angewandten Methoden der sozialen Arbeit zurückzuführen. Dem dort angewandten Methoden der sozialen Arbeit zurückzuführen, dem dort angewandten Methoden der sozialen Arbeit vorgestellt, Hilfesuchenden wird nicht eine Ist-Sollens-Relation vorgestellt,

sondern geholfen, seinen »Pfad« zu suchen; Willst Du, daß ich Dir helfe, dann sage mir, was du getan hast und was du beabsichtigst zu tun. Damit wird eine soziale Kontrolle aufgebaut, die deutschen Studierenden der Sozialarbeit die Haare zu Berge stehen läßt. Diese soziale Kontrolle ist gekoppelt an das oben skizzierte Menschenbild, wonach letztlich der einzelne am besten weiß, was das für ihn richtige ist. Insoweit der Hilfesuchende sich diesem Hilfegebenden anvertraut, will er, daß dieser behilflich ist bei der Suche nach dem eigenen »Pfad«. Dies berechtigt dann den Sozialarbeiter, in Vergangenheit, im sozialen Umfeld nach Anhaltspunkten für den eigenen »Pfad«, nach kleinen Hilfsnetzen und nach Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu suchen. Es erfolgt eine soziale Kontrolle qua wechselseitiger Akzeptanz.

In Deutschland gibt es dagegen einen gleichsam unüberbrückbaren Gegensatz zwischen einerseits einem schier unbegrenzten Kontrollbedürfnis seitens der Hilfe gewährenden Stelle (Ein abschreckendes und zugleich verfassungswidriges Beispiel stellte der »Antrag« des Landeswohlfahrtsverbandes in Hessen dar, der zumindest bis vor kurzem vom Klienten eine unkonditionierte Auskunftermächtigung nicht nur bei Banken und Ärzten, sondern auch bei Nachbarschaft und Verwandten erheischte!). Andererseits besteht die Vorstellung von einem geradezu idealisierten, autonomen Rechtssubjekt, das seine Ansprüche geltend machen und durchsetzen soll. Im Falle, daß letztes nicht geschieht, wird dies bestenfalls als Pech, im Regelfall als Selbstverschulden begriffen. Verweigert ein »Klient« die Einwilligung in diese Kontrollen durch die Behörde, verstößt er ggf. gegen die Mitwirkungspflicht, billigt er aber ein, beraubt er sich autonomer Entfaltungsmöglichkeiten. So wird denn inzwischen um jeden Mist geklagt. Letztlich geht es immer wieder um die Frage, ob einer verschuldet oder nicht in die Sozialhilfe gefallen ist, ob er ein würdiger oder unwürdiger Armer ist.

Kontrolliert wird in beiden Systemen, im Detail ist die soziale Kontrolle in den Niederlanden sogar weitergehend und intimer, weil sie nicht die Frage der Rechtsfreiheit der Privatheit in den Mittelpunkt der Kontroverse stellt, sondern die Qualität der vom Hilfesuchenden erwarteten Intervention. In diesem Gegensatz zwischen deutschem und niederländischem Sozialrecht kommen letztlich strukturelle Unterschiede der Rechts- und Sozialentwicklung zum Tragen.

4. Die Rolle der Frau im Sozialsystem

Das niederländische soziale Interventionssystem bedarf eines breiten sozialen Engagements in der Bevölkerung: Altenvereine, Stichtings, Kirchengemeinden u.v.a.m. Viele Frauen haben sich hier engagiert, ja, große Teile dieser ehrenamtlichen Tätigkeit wird von Frauen erbracht. Dem entspricht, daß die Niederlande die niedrigste Erwerbsbeteiligung der Frauen in der EG aufweisen. Eine der Folgen ist: Unter den Personen, die im Alter ausschließlich von der Mindestrente leben müssen, dominieren eindeutig die Frauen. Auch in der Sozialhilfe stellen Frauen einen großen Anteil. Die hohen Standards bei den sozialen Diensten in den Niederlanden ergeben sich letztlich aus einem Zusammenwirken von professionellen und ehrenamtlichen Kräften. Insbesondere im Altenbereich besteht neben dem finanziellen Generationenvertrag ein ehrenamtlicher: Im Regelfall übernehmen Familienfrauen ab einem

bestimmten Alter die Betreuung von älteren Personen in der Hoffnung, daß ihr und ihrem Mann später ähnliches zuteil werde. In Deutschland verzeichnen wir einen dramatischen Rückgang ehrenamtlicher Tätigkeiten, parallel steigt die Frauenerwerbsbeteiligung. Aus einer Vielzahl von Gründen brechen immer mehr traditionale soziale Netze weg, die Armutsbekämpfung und das Betreuen sozialer Risiken wird an den »zuständigen« Staat bzw. die Kommunen und die Wohlfahrtsverbände abgeschoben. Deren flächendeckende und zuverlässige Arbeit ist Voraussetzung einer auf hoher Mobilität, Qualifikation und Einsatzfähigkeit beruhenden Wirtschaftsgesellschaft. Nur: Diese Tätigkeit in diesen sozialen Diensten werden nun im Regelfall von Frauen erbracht, bezahlt zwar, aber zu derartig niedrigen Löhnen, so daß im Verlauf einer - häufig noch durch Kindererziehungszeiten unterbrochenen - Erwerbsbiographie letztlich auch kein Rentenanspruch herauskommt, der über der Sozialhilfe liegt.

Die sich hieraus ergeben Fragen sind vielschichtig: Rollen- und Statussicherheit versus Selbstbehauptung in einer Gesellschaft, die traditionale Strukturen wie die der Versorgungseinheit Familie modifiziert, z.T. bereits aufgegeben hat. Diese Fragen stellen sich auch in den Niederlanden in letzter Zeit verstärkt.

V. Europa - sozial

Es wäre wenig hilfreich, positive, einleuchtende Elemente aus einem Sozialsystem in ein anderes einfach übertragen zu wollen. Allerdings zeigen die Niederlande auch, wie man sehr wohl Elemente anderer Sozialsysteme in eigene vorfindliche geschichtlich geprägte Strukturen einbringen kann. Dabei hat sich allerdings das niederländische System fremde Dinge immer entsprechend eigener Vorstrukturen anverwandelt, sich also keineswegs fremden Strukturen unterworfen.

Ansichts der enormen Schwierigkeiten bei der Gestaltung des Sozialraums Europa könnte diesem niederländischen Integrationsmodell durchaus eine Vorbildfunktion zukommen. Das für die weitere Entwicklung in Europa nun in Anspruch genommene Subsidiaritätsprinzip soll zum einen die regionale Entwicklung stärken, zugleich Raum für nationale Weiterentwicklungen der Sozialsysteme geben. Zwei mögliche Entwicklungen sind denkbar: Zum einen ein Ausspielen der einzelnen Wirtschaftsregionen entsprechend ihren niedrigeren Sozialkosten (Sozialdumping), zum anderen eine Konkurrieren um attraktive, zukunftssträchtige Arbeitsplätze einschließlich guter Sozialstrukturen. Für beide Entwicklungen haben Mindestsicherungssysteme und soziale Dienste eine besondere Bedeutung, mal negativ, mal positiv. In jedem Falle: Nationale Sozialpolitik wird stärker denn je durch EG-supranationale Elemente beeinflusst werden, werden müssen. Hier muß ein wechselseitiger Prozeß des präziseren Wahrnehmens, Begreifens und Lernens einsetzen, der die kulturelle Vielfalt bedenkt, notwendige Integration leistet, aber ein Überforderung integrativer Potenzen vermeidet.

H.-D. Prommersberger Driebergen

Die Geschichte der Maatschappelijke Dienstverlening in den Niederlanden im Vogelflug

Um zu den Anfängen unseres heutigen Versorgungsstaates zu kommen, müssen wir mehr als hundert Jahre zurückgehen.

Seit 1870 begann in den Niederlanden die Industrialisierung die zur politischen Emanzipation der Arbeiterklasse führte.

Bis zum 2. Weltkrieg bestand eine Dreiteilung der niederländischen Politik.

Protestanten, Katholiken und Sozialisten. Innerhalb der katholischen und protestantischen Bevölkerung bildeten sich ein liberaler und ein konservativer Flügel heraus.

Die Liberalen hatten die religiöse Emanzipation ausgelöst; doch konnten sie nicht auf die Dauer mit den Anhängern der fundamentalen und sozialen Strömungen ihrer Glaubensrichtungen zusammenarbeiten. Sie bildeten mehrere, ziemlich lose politische Vereinigungen; so entstand eine vierte Strömung in der niederländischen Politik. Die Liberalen.

Die Niederländische Versäulung der Gesellschaft war geboren und komplett.

Ich kann mir vorstellen, daß sie den Begriff Säule, im Kontext der Geschichte der Niederlande konkreter betrachten möchten.

Der Begriff Säule ist eine Vielfalt und integrierter Komplex von gesellschaftlichen Organisationen oder Einrichtungen auf Grund einer Lebens - oder Weltanschauung.

Darüberhinaus sollten sie wissen, daß die wichtigsten Eigenschaften des niederländischen Demokratie Verständnisses in der Literatur mit dem Begriff

"pacificatie - democratie" angedeutet werden.

(ein Prozeß von GEMEINSAMER gesellschaftlicher Problemlösung)

Die folgenden Eigenschaften von Versäulung sind hiermit gemeint:

1. eine große Uneinigkeit, eine starke Versäulung an der Basis (die zu politischer Instabilität führen kann)
2. Die Gefahr der Instabilität, der Unbeständigkeit wird durch eine zweite Eigenschaft der "pacificatie democratie" angewendet: * überkuppelnde Zusammenarbeit von den Führungskräften der versäulten Bevölkerungsgruppen.
3. Dieses System der Versäulung an der Basis und der politischen Zielsetzung durch eine Kartellelite wird in großem Maße durch politische Passivität der Masse - (Passivität und Gleichgültigkeit) getragen.

Man hat nur Respekt vor der Elite innerhalb der eigenen Säule.

4. Eine weitere Eigenschaft ist das hohe Maß der politischen Stabilität.

Für die Niederländische "Pacifische-Demokratie" wird die Basis im Jahre 1917 gelegt.

Dies war auch gleichzeitig der Beginn der Versäulung. Es entstanden Institute innerhalb der Gesellschaft.

Gleichzeitig wurde die überkuppelnde Zusammenarbeit verstärkt. Diese pacifische Politik erreichte ihren Höhepunkt am Ende der fünfziger und am Anfang der sechziger Jahre.

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 1

H.-D. Prommersberger Driebergen

Es gab die folgenden vier Säulen:

1. die Katholische
2. Protestantisch Christliche
3. die Sozialistische
4. die Liberale

In diesem Zeitabschnitt entstanden verschiedene politische Aktivitäten. Politische Parteien, vorher in verschiedenen Säulen zuhause, schlossen sich zu einer neuen Partei zusammen.

Beispiel: KVP / ARP / CHU schlossen sich zu CDA zusammen und nahmen 1977 zum ersten mal an den Wahlen teil.

Die Aktivitäten setzten sich fort und auch Gewerkschaften, Radio- und Fernsehanstalten, Zeitungen, Vereinigungen begannen ihre Aktivitäten. Die Epoche des politischen Aktivismus begann.

Der Provo, die Dolle Minna, der Kabouter, Demokraten 66 oder Demokraten 70 mußten sich auf ihre Zukunft besinnen.

Die großen Unterschiede in der Religion, die Jahrhunderte das Niederländische Volk verteilte wurden nivelliert.

Soweit und soviel über die Versäulung in den Niederlanden.

Die Geschichte der Niederländischen Sozialarbeit und Familienpflege können wir nicht ohne die Versäulung und nicht ohne die wirtschaftliche Rezession am Ende des 18. Jahrhunderts sehen.

Die Sorge um die Armen war inzwischen eine wichtige Aktivität der Wohlhabenden geworden. Die Wohltäter beschäftigten sich ausschließlich mit dem Austeilen von Geld und Gütern.

Die Einkommen der besitzenden Klasse waren so groß, daß die Armen auch noch von diesen Einkünften leben konnten.

Es war mittlerweile Tradition, daß die Reichen mit Freude die Armen unterstützten.

Die Geschichte der Stadt Amsterdam erzählt uns, daß es am Anfang des 18. Jahrhunderts für jeden Armen eine Wohltätergruppe gab.

Es war mittlerweile Tradition, daß die Reichen mit Freude die Armen unterstützten.

Auch aus christlicher Sicht war dies Gemeingut. Etwa mit dem Slogan:

" Gut daß es Arme gibt, denn das gibt uns die Möglichkeit, etwas Wohltätiges zu tun."

Langsam aber sicher wurde die Armenproblematik für die Kirche und die bürgerliche Armenhilfe ein zu großes Problem und die Liberalen brachten Frankreich als Vorbild, wo der Staat bei der Bestreitung der Armutproblematik aktiv war.

In der unruhigen Periode in der Mitte des vorigen Jahrhunderts kommen die Liberalen an die Macht, die mit einem Gesetzesentwurf für die Armensorge kommen.

Der politische Kampf, der um diesen Gesetzesentwurf entsteht, ist das Kennzeichen für die Organisation von der Maatschappelijke Dienstverlening in unserem Land.

Die wichtigste Frage die damals gestellt wurde war:

' Wer hat das Primat bei der Armensorge?'

Sind das die Privatinitiativen oder der Staat? Ist Armut eine Folge von Sünde, wie ein christlicher Politiker behauptet oder hat ein zivilisierter Staat die Verpflichtung für Bürger, die zu kurz kommen, zu sorgen; so die Behauptung des damaligen Ministerpräsidenten Thorbecke.

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 2

H.-D. Prommersberger Driebergen

Der politische Streit zwischen Staat und Bürgerinitiativen ist zum Vorteil der Bürgerinitiativen geworden, weil ab 1878 bis zum zweiten Weltkrieg die niederländische Regierung aus einer Kombination von protestantischen und römisch-katholischen Parteien bestand, die ungefähr die Hälfte der Sitze im holländischen Parlament besaßen.

Das Armengesetz, durch das die kirchlichen und bürgerlichen Armenvorstände dominierten und durch den Staat finanziert wurden, ist bis 1965 gültig gewesen.

Warum ist dies so wichtig?

Weil es den Kampf um die Armensorge und den Streit um die gesamte Organisation von Maatschappelijke Dienstverlening in unserem Lande widerspiegelt und zum Charakter geführt hat.

Wenn wir das Netz näher betrachten, dann sehen wir, daß die protestantisch-christlichen und römisch-katholischen Einrichtungen deutlich die Mehrheit haben, welches aus der Tradition von Diakonie und Caritas absolut verständlich ist.

Das System ist keine sorgfältig geplante Angelegenheit der Einrichtungen, welche abgestimmt ist auf die Frage der Benutzer in diesem Lande.

Es ist auch kein Zusammenhang in diesem System sichtbar.

Immer wieder waren es die Bürgerinitiativen, die Einrichtungen gründeten und diese auch selbst finanzierten.

Erst zu einem späteren Zeitpunkt, nach 1946, wurde der Staat zur Kasse gebeten.

Eine Folge dieser Entwicklung war, daß die Bürgerinitiative in einem frühen Stadium neue Einrichtungen geschaffen hat.

Im Jahre 1899 wurde in Amsterdam die erste Schule für soziale Arbeit, später "maatschappelijk werk", gegründet.

Die Sorge für das Kind, der Kinderschutz und die Resozialisierung waren Inhalte der Lehrveranstaltungen.

Ebenso konnte man als Assistent für öffentliche Lesesäle und als Mitarbeiter bei der Lokalisierung von Tuberkulose ausgebildet werden.

In der Anfangszeit dieser Schule waren es doch die Mädchen aus dem bürgerlichen Milieu die sich hierdurch ein soziales Gewissen aneigneten.

Jahrelang wurde die Entwicklung von der sozialistischen Arbeiterbewegung mit Mißtrauen begleitet.

Ein Vierteljahrhundert später folgen eine protestant-christliche und zwei römisch-katholische Einrichtungen mit der Ausbildung. Die Wohlfahrtsarbeit versteht sich am Anfang des 19. Jahrhunderts als Armen- und Krankensorge.

Erst nach 1910 folgte eine Erweiterung des Arbeitsgebietes. Amerikanische Einflüsse brachten die Problematik der Geisteskrankheiten und deren Einrichtungen ins Gesichtsfeld der Sorge. Die Mütterberatung und Vorsorgeuntersuchungen sind ebenfalls durch die amerikanischen Einflüsse entstanden.

Die westeuropäische Armensorge zeigte stets mehr Interesse für eine gerichtete Methodenentwicklung.

So wurde das Elberfelder Modell in das niederländische Modell der katholischen Vincentvereinigung integriert. Diese individualisierende Methode ist unter anderem als "case work" bekannt geworden.

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 3

H.-D. Prommersberger Driebergen

Mitte der dreißiger Jahre entstanden die ersten örtlichen sozialen Dienste für Arbeitslosenbetreuung und Armensorge.

Die Situation nach 1945 bis heute möchte ich kurz darstellen:

Die Niederlande wurden von ihren Produktionsmitteln zerstört und beraubt.

Die Regierung bestand zum ersten mal aus Sozialdemokraten. Der Wiederaufbau wurde durch die schmerzhaft Dekolonisierung Indonesiens begleitet und die politische Zielsetzung der Nachkriegspolitik kann nur begriffen werden, wenn wir den Hintergrund der Traumen aus der Periode vor dem zweiten Weltkrieg kennen.

Traumen waren: große Armut, Massenarbeitslosigkeit und wirtschaftliche Stagnation für einen großen Teil der arbeitenden Bevölkerung.

Der Begriff des "personalistischen Sozialismus" wurde geprägt. Hiermit wollte man die persönliche Verantwortung des Menschen gegenüber dem Mitmenschen zum Ausdruck bringen.

Gleichzeitig entstand aber auch ein Denken innerhalb der politischen Parteien, daß der Staat eine Aufgabe innerhalb der Wohlfahrt und Existenzsicherheit schaffen muß.

Das Netz sozialer Sicherungen kann zusammengefaßt werden in dem Wort "Versorgungsstaat".

Eigentlich sollten wir besser 'Vorsorgestaat' sagen.

In den fünfziger Jahren begann die Professionalisierung der Maatschappelijke Dienstverlening.

Die Anzahl der Büros für Lebens- und Familienfragen steigt von 2 nach 31.

Mit dem Wiederaufbau der Industrie begann auch die Arbeit für die betriebliche Sozialarbeit und "het Opbouwwerk".

Die "Aufbauarbeit" war als Koordinationspunkt für die versäulten Einrichtungen gedacht.

Bereits 1956 kam auf zehntausend Niederländer 1 Sozialarbeiter. Daß es damals ein Ministerium für Sozialarbeit gab, war ein logischer Beschluß.

Die Stiftungen für "Maatschappelijke Dienstverlening" traten als Rechtsperson auf.

Die Professionalisierung, die vor dem Krieg ihren Anfang machte, ist eigentlich erst in den sechziger Jahren vollendet. Aber gleichzeitig mit der Vollendung der Professionalisierung begann auch eine kulturelle Revolution in den Niederlanden am Ende der sechziger Jahre.

Studentenrevolten, die Wiedergeburt der Ideologie nach dem Kalten Krieg, die Umkehr im Denken über die Vereinigten Staaten von Amerika, der Vietnamkrieg und last but not least das was bei uns im Westen als die kulturelle Revolution in China genannt wurde. Der Abbruch einer versäulten niederländischen Gesellschaft wurde eingeläutet. Die "Entsäulung" genannt.

Die Wohlfahrtsarbeit wurde zu dem Zeitpunkt der Expansion und Professionalisierung hiervon getroffen.

Mitbestimmungsrecht und Verwirklichung politischer Zielsetzungen wurden gefordert. Die Wohlfahrtsarbeit wurde als Hilfsdienst an das Establishment gesehen.

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 4

H.-D. Prommersberger Driebergen

Folge der politischen Aktivitäten der Sozialarbeiter ist die Initiative der sogenannten alternativen Hilfeleistung. Release, Jugendberatungsbüro's und soziale Einrichtungen entstehen um Klienten außerhalb der bestehenden Einrichtungen zu erreichen. An Familien- und Nachbarschaftshilfe wurde appelliert.

Soziale Aktionen waren ein Instrument um gesellschaftliche Strukturen zu verändern und die vielen persönlich vorkommenden Probleme zu beseitigen.

Die alternativen Einrichtungen wurden so zu einem Bestandteil der offiziellen Wohlfahrtsarbeit.

Eine andere Folge der Politisierung ist ein noch größerer politischer Aktivismus unter den Sozialarbeitern. Eine neue Macht im Staate formierte sich.

Hier möchte ich einige Differenzierungen anbringen:

Die Teilung der Armensorge

(materielle Hilfe = Sozialer Dienst und Wohlfahrtssorge (immaterielle Hilfe = Maatschappelijk Werk und Familienpflege)

vollzog sich besonders nach 1950.

Ein explosiver Wachstum von Sozialarbeitern bei kirchlichen und privaten Stiftungen ist die Folge.

Der Begriff Sozialarbeit war für verhaltensbeeinflussende immaterielle Hilfe vorbehalten.

"Casework" als Methode war geboren.

Eine Besinnung auf die Rolle des Sozialarbeiters und seine eigenen Gefühle im Verhältnis zum Klienten wurde gestartet.

Bei Diagnose und Therapie wurden bisher nicht berücksichtigte Einsichten aus der Psychologie und Psychiatrie mit einbezogen.

Studien von Praxisfällen waren der Anlaß, neue Wege innerhalb des Trainings und der Schulung für Sozialarbeiter einzuschlagen.

Die Individualisierung der Hilfeleistung war geboren.

Gleichzeitig wurden zentrale Werte innerhalb der Berufshaltung des Sozialarbeiters und der Familienpflegerin geschaffen.

Der Sozialarbeiter schreibt keine Lösungen vor, sondern geht vom Selbstbestimmungsrecht des Klienten aus. Hilfe richtet sich demnach auf Vergrößerung der Unabhängigkeit innerhalb der Lebensumstände des Klienten.

Der Sozialarbeit ging es hierbei nicht um neue ethische Wege, sondern systematisch wurden Möglichkeiten gesucht, diese Zielvorstellung zu verwirklichen.

In den darauf folgenden Jahren wurde "Casework" um methodischer Gruppenarbeit und sozialer Aufbauarbeit (opbouwwerk) erweitert. So wurde 1962 eine Definition was Sozialarbeit ist, die während einer Konferenz in Brüssel formuliert wurde, erstmalig publiziert.

Soziale Arbeit ist eine Tätigkeit, die ausgerichtet ist auf die Unterstützung von einer gegenseitigen Anpassung von Individuen,

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 5

H.-D. Prommersberger Driebergen

Familien, Gruppen und der sozialen Umwelt wo sie leben. Um dieses Ziel zu erreichen braucht "Maatschappelijk Werk" Fachleute, die die individuellen Möglichkeiten, die zwischenmenschlichen Verhältnisse und die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten der Gemeinschaft anspricht.

Die Zielsetzung von Maatschappelijk Werk muß in der Anpassung zwischen Individuum und seiner Umwelt gesehen werden. Die Ehrenamtlichen werden als "Hilfsmöglichkeiten der Gemeinschaft" beschrieben.

Die Entwicklung der Sozialarbeit wurde, und das ist der große Unterschied zur Sozialarbeit in Deutschland, mit Berufsregeln und einem eigen Berufskodex versehen.

Drei Faktoren sind innerhalb "Maatschappelijk Werk" von großer Bedeutung:

- 1: die Ausbildungsstätten
- 2: die Berufsorganisation
- 3: die Rechtsprechung im Verhältnis zu der Vertrauensposition des Sozialarbeiters als Hilfeleistender

Diese Faktoren konnten erst nach der Entsäulung und den Demokratisierungswellen der sechziger und siebziger Jahre entstehen.

Die gesellschaftliche Anerkennung der Vertrauensposition als Sozialarbeiter wird sichtbar in der Schweigepflicht und dem Verschonungsrecht als Zeuge.

In Bezug auf die Berufsausübung bedeutet dies, daß der Sozialarbeiter eine Gerichtsaussage verweigern kann.

Für die Sozialarbeit ist dies ein wichtiger Legitimationsgrund. Nach dieser Phase von Positionskampf und politischer Realität innerhalb der Sozialarbeit hat ein ständiger Prozeß der Professionalisierung angefangen.

"Maatschappelijk Werk" änderte sich sowohl durch Einflüsse von Innen als auch von Außen.

Bei den Einflüssen von Außen müssen Sie an die wirtschaftliche Rezession der achtziger Jahre denken, die verminderte Subventionen für das "Maatschappelijke Werk" bedeutete.

Die Veränderung die von Innen heraus kam war eigentlich die Entdeckung, daß nach dem gemeinsamen Kampf, die Berufsgemeinschaft als Gruppe mit gemeinsamen uniformen Auffassungen eine Fiktion war.

Professionalität ist nichts anderes als eine Gruppe Menschen, die ein und denselben Beruf ausübt.

Die Akzente liegen bei:

1. konkreter/materieller Hilfe
2. informative Hilfe (Beratung, Verweis nach Aufnahmegespräch Intake)
3. psychosozialer Hilfe

Bei der Beschreibung der Aktivitäten von Sozialarbeitern sind Begriffe nötig. Und mit Begriffen zu arbeiten ist keine einfache Aufgabe.

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 6

H.-D. Prommersberger Driebergen

Meistens entsteht ein Begriff hinterher als typische Beschreibung von Handlungen und Dingen. Wenn sich ein Begriff im Laufe der Jahre gefestigt hat bleibt noch die Frage offen ob die Bedeutung von damals auch heute noch gilt.

Begriffe, Handlungen, Aktivitäten werden in Methodik sichtbar.

Der Begriff Methodik bedeutet dann nichts anderes als: Arbeitsweise, Art und Weise der Handlung.

Oder auch anders:

Systematische zweckmässige Handlungsweise, die praktische Operationalisierung einer Methode.

(Definition "SWL Windesheim Zwolle": Ein durchdachter Handlungsrahmen, woraus die Attitude des Ausführenden, basiert auf theoretischen Ausgangspunkten, hervorgeht).

In der Sozialarbeit und Familienpflege hat Methode eine Bedeutung bekommen von:

"zielgerichtete und systematische Arbeitsweise".

Methoden wie:

soziale Gruppenarbeit, soziale Aufbauarbeit, Gruppenarbeit, Familienbehandlung und soziale Aktion.

Gerne übernimmt man in den Niederlanden Methoden aus England und Amerika aber gleichzeitig ist man auch so wirtschaftlich eingestellt, daß man selbst Methoden und Techniken entwickelt, die zum Teil produktiver und wirtschaftlicher sind als die aus dem Ausland. Die Einrichtungen / Stiftungen werden größer; Der Begriff Management hält Einzug.

Aus "Maatschappelijke Dienstverlening" entstehen zwei Arbeitsgebiete:

- 1: "Het Algemene Maatschappelijke Werk"
Die allgemeine Sozialarbeit
- 2: Gezinsverzorging - huishulp / thuiszorg
Familienpflege

In den achtziger und Anfang der neunziger Jahre beginnt eine Neuorientierung auf den Versorgungsstaat. Die Politik besinnt sich auf jene Aufgaben, die durch drei folgende Punkte bestimmt wurden:

- 1: Der wirtschaftliche Aufschwung verliert seinen Schwung und stagniert bei einem Wachstum von 0,5 - 0,3 % jährlich.
- 2: Ein enormer Zulauf von Menschen, die einen Appell auf die Einrichtungen des Versorgungsstaates richten, bedingt durch die wirtschaftliche Rezession. Arbeitslose und Arbeitsunfähige und der älter werdende Mensch. Auch die Pflege und Gesundheitssorge nimmt zu.
- 3: In den Niederlanden ist der Prozeß der Individualisierung weit fortgeschritten.

Für die Familienpflege bedeutet dies, daß sie nicht mehr vom Staat finanziert wird und sich auf das Marktprinzip umstellen muß. Bisher war es nämlich so, daß eine Stiftung einen festen Zuschuss vom Staat bekam.

Heute ist es so, daß man schon ein Sortiment von Produkten und Diensten bieten muß, um die Prüfung der privaten Krankenversicherung oder dem "Algeme Wet Bijzondere Ziektekosten", als Kostenträger, bestehen zu können.

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 7

H.-D. Prommersberger Driebergen

Die Stiftung "Maatschappelijke Dienstverlening in Renkum-Wageningen" schließt Verträge ab und bietet mittels zielgerichteter und systematischer Arbeitsweise Produkte innerhalb der Familienpflege an.

In der Arbeitsmappe finden Sie mehr Information über dieses marktgerichtete Beispiel.

Methoden bestimmen das Bild von Sozialarbeit und Familienpflege. Politische Zielsetzung innerhalb der Wohlfahrtspflege machte deutlich, daß langsam eine Verschiebung von Beruf und Methode nach Aufgaben und Arbeitsformen stattfindet.

Ich möchte Ihnen anhand einer Einrichtung für Sozialarbeit in den Niederlanden einige Methoden vorstellen.

Aber bevor ich dies aufzeichne möchte ich Ihnen erst das Arbeitsgebiet des Sozialarbeiters in den Niederlanden darstellen:

Wo arbeitet der Maatschappelijk Werker?

In der

1. Sozial-kulturellen Arbeit
Klubhaus/Nachbarschaftshaus
2. "Maatschappelijke dienstverlening"
a. Allgemeine Sozialarbeit für jeden Hilfesuchenden, wo ausserdem noch Spezialismen angewendet werden können wie z. Beispiel:

- für Bewohner in Wohnwagen
- Zigeuner
- Flüchtlinge
- Ausländer
- Molukken
- Surinamer
- Antillianen
- Juden
- Sozialarbeit in Schulen und Krankenhäusern

b: Organisation für Information und Beratung

c: Beratung für Jugendliche

d: Telefonische Hilfsdienste

e: Familien- und Altenversorgung

f: Koordinierte Altenarbeit

g: Ehrenamtlicher Hilfsdienst

h: Tischlein deck dich

i: Kindertagesstätte

j: Obdachlosenarbeit

k: Asylbegleitung

l: Strassenarbeit /streetcorner

m: Auffang von Alkohol- und Drogenabhängigen

n: Signalfunktion

3. "Geestelijke Gezondheidszorg":

Psychische Gesundheitssorge

a. Regionale Institute für die ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

RIAGG / Psychiatrie

4. "Lichamelijke Gezondheidszorg"

Körperliche Gesundheitssorge

Krankenhaus

Altenwohnungen und Pflegeheime

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 8

H.-D. Prommersberger Driebergen

- Kinderkrankenhaus
- Spezielle Kliniken (Rheuma, Epilepsie, Asthma, Nierendialyse)
- Revalidierung
- Institute für Blinde und Hörgeschädigte
- 5. Zwakzinnigenzorg
 - Arbeit für geistig Behinderte
 - SPD (Sozialpädagogische Dienste)
 - Tagesstätten
 - Beschützte Wohnformen /begl. wohnen
- 6. Allgemeine Jugendhilfe
- 7. Justizielle Einrichtungen
- 8. Schulwesen
- 9. Volkshuisvesting / Wohnungswesen
- 10. Soziale Sicherheit (Sozialamt)
- 11. Arbeit
 - Betrieb/Gemeinde/Provinz
 - Staat

Angewandte Methoden in Renkum/Wageningen

CASEWORK

SOCIAL - CASEWORK

SYSTEM GERICHTETE METHODE
(Familie)

POLITISIERENDE HILFELEISTUNG

CRISIS INTERVENTION

GRUPPENARBEIT

VIDEO - HOME - TRAINING

SOZIALARBEIT FÜR FRAUEN

RATIONEEL EMOTIEVE THERAPIE

Die Geschichte der "Maatschappelijke Dienstverlening" in den Niederlanden 9

Referat am 30. Oktober, 10. Symposium
Titel: Sozialarbeit in den Niederlanden - Geschichte,
Strukturen und methodische Beispiele

H.-D. Prommersberger, Driebergen 1992

Thesen zum Thema:

Hilfeleistungen sind maßgeschneiderte Aktivitäten und somit nicht zu standardisieren.

Protokolle in der Hilfeleistung stehen im Widerspruch zu Bedürfnissen des individuellen Klienten.

Protokolle in der "Maatschappelijke Dienstverlening" verringern die Motivation und Kreativität des Sozialarbeiters bei der Problemlösung.

Die "Maatschappelijke Dienstverlening" weckt Bedürfnisse und macht hierdurch Klienten abhängig vom Angebotenen.

Komplexe Wohlfahrtsorganisationen bilden das größte Hindernis für die Methodeninnovation in der Hilfeleistung.

Die Qualität der Hilfeleistung wird in großem Maße durch die persönliche Arbeitsweise des Sozialarbeiters beeinflusst.

Die unterschiedlichen Kulturen in einer Gesellschaft brauchen Sozialarbeiter, die aus der entsprechenden Kultur kommen.

Daß die Sozialarbeit meint jedes Problem lösen zu können, beruht auf einem Denkfehler innerhalb des Systems der Wohlfahrtsverbände.

Bürgerinitiativen innerhalb der Hilfeleistung sind der Motor für Wohlfahrtsverbände um neue Arbeitsweisen zu entwickeln.

Sozialarbeit muß die verschiedenen Angebote der Hilfeleistungen beschreiben um Klienten Möglichkeiten zur Auswahl zu geben.

Kommunikation ist eine Voraussetzung und zugleich ein Instrument in der Hilfeleistung, darum ist es wichtig, daß der Sozialarbeiter verschiedene Sprachen und Dialekte beherrscht.

Die Geschichte der 'Maatschappelijke Dienstverlening' in den Niederlanden

Christian Schrappner

Sozialarbeit in Deutschland: Tendenzen und Konflikte

I. Soziale Arbeit in Deutschland

Seit dem 3.10.1991 leben wir in einem größeren, weil vereinigten, aber auch in einem unsichereren und unberechenbareren Deutschland. Dies bedeutet für den Blick auf die Sozialen Arbeit:

- Konfrontation mit neuen/alten Problemen der Verunsicherung, des Orientierungsverlust, der Existenzangst und Armut bei Jugendlichen, Familien und alten Menschen.
- neue Konzepte für vorhandene Arbeitsfelder und Einrichtungen werden gebraucht, die mit den vorhandenen Menschen realisiert werden können: die katastrophalen Zustände in den rumänischen Behindertenheimen sind der extreme Endpunkt dieser Zustände verwahrloster Häuser und Menschen. Allerdings ist inzwischen viel Engagement und Wille spürbar, gestellte Aufgaben auch in einem anderen Geist zu begreifen und anzupacken.
- neue Märkte, die erobert und besetzt werden wollen. Verbände und Institutionen kämpfen teilweise wie die alten Kolonialherren um die besten Anteile an der zu verteilenden Beute - und es gibt viel zu verteilen im "wildem Osten": Standorte, Bundeszuschüsse und Marktanteile - denn eines ist sicher: ohne einen erheblichen Auf- und Aus- und Umbau sozialer Dienstleistungen ist die politisch so dringend erforderliche Stabilisierung der sozialen Verhältnisse im neuen Osten Deutschlands nicht zu schaffen - obwohl es politisch zur Zeit nicht danach aussieht.

Zwei Jahre nach dem Fall der Mauer bricht sich aber vor allem ein so im bisherigen, kleineren Deutschland nicht mehr existent geglaubter Neonazismus und Rechtsradikalismus Bahn: Offene Pogrome gegen Ausländer und Fremde, nicht enden wollende Überfälle und Brandanschläge auf Heime von Flüchtlingen und Asylbewerbern, seit neuestem auch Anschläge auf Gedenkstätten nationalsozialistischer Verbrechen gegen jüdische Menschen und dazu beifallklatschende Bürger, überforderte Polizisten und hilflos bis dreist abwiegelnde Politiker bis hin zur unsäglichen Debatte um die Einschränkung oder gar Abschaffung der

grundgesetzlichen Rechte auf politisches Asyl in Deutschland - als ob das eine Lösung für nur eines der akuten politischen, wirtschaftlichen und sozialen Probleme in Deutschland wäre - all dies ergibt eine Mischung nicht nur für unsere Nachbarn unerträglicher nationaler und sozialer Befindlichkeit in Deutschland, die Angst macht und Widerstand herausfordern muß.

Die Rolle und Funktion der Sozialen Arbeit, wie ich sie sehe, will ich in zwei Schritten beleuchten:

1. zu den Tendenzen in einer kurzen historischen Einordnung sowie
2. zu den Konflikten in einer systematischen Betrachtung der Aufgaben und Felder sozialer Arbeit in Deutschland.

III. Tendenzen und Entwicklungslinien sozialer Arbeit in den vergangenen 20 Jahren

In den 70er Jahren war die Diskussion über Soziale Arbeit in Deutschland geprägt von den Auseinandersetzungen um ihre politische Funktion in einem "spätkapitalistischen Sozialstaat" (C. Offe). Befriedung und Kaschierung sozialer Konflikte und Notlagen versus politische Bewußtmachung und Aktivierung Betroffener waren die Frontlinien dieser Debatte. Gemeinwesenarbeit, Heimerziehung, soziale Psychiatrie oder emanzipatorische Bildungsarbeit waren die Handlungsfelder für politisch offensive Konzepte sozialer Arbeit, es wurde skandalisiert (Fürsorgeknäste oder Psychiatrie) und experimentiert (Kinderläden, selbstverwaltete Jugendzentren oder Jugendwohngemeinschaften). Befriedigt wurde in diesem notwendigen gesellschaftspolitischen und fachlichen Diskurs vor allem ein enormer Nachholbedarf an kritisch-emanzipatorischer Diskussion und Auseinandersetzung nach den gerade erst mit Willi Brands Versprechen "Mehr Demokratie wagen" zu Ende gegangenen "langen 50er Jahren" des Wiederaufbaus und Wirtschaftswunders, der Restauration und der politischen und kulturellen Enge der Adenauer-Ära.

In diese Zeit fällt auch der fast explosionsartige Ausbau des Hochschul- und Fachhochschulwesens für die Ausbildung und Forschung auch im Feld der Sozialen Arbeit in Deutschland.

Diesem politischen, konzeptionellen und wissenschaftlichen Aufbruch der (frühen) siebziger Jahre folgt zuerst der Absturz in die Depression der späten 70er und frühen 80er Jahre. Wirt-

schaftliche Rezession, weit mehr als eine Millionen Arbeitslose, eine massive Kürzung sozialer Leistungen in Bund, Ländern und Gemeinden bestimmten die Rückzugsgefechte im sozialpolitischen und sozialpädagogischen Feld dieser Jahre. Aber unter der Oberfläche dieser Auseinandersetzungen wurden in zahlreichen Arbeitsfeldern erstaunliche Fortschritte bei der Umsetzung von Reformkonzepten aus den 70ern erreicht; drei Beispiele:

- die "Reform der Heimerziehung", die Entwicklung offener, ambulanter und flexibler Betreuungsangebote für Kinder, Jugendliche und Familien, der letztlich vieler Orts doch erfolgreiche Kampf gegen eine geschlossene Unterbringung von Kindern in Heimen,
- der Aufbau einer sozialen Psychiatrie, eine zumindest partielle Öffnung der Anstalten, die Einrichtung von Tagesheimen oder Wohngruppen für Langzeitpatienten.
- die Entstehung, das Anwachsen und die größtenteils gelungene Integration der Selbsthilfebewegungen im sozialen Bereich.

Diese praktischen Reformen konnten trotz restriktiver Finanzlage erreicht werden, da in die sozialen Felder viele junge und gut ausgebildete Arbeitskräfte drängten, die bereit waren zu Bedingungen schlechter Bezahlung und trotzdem mit hohem Engagement neue Projekte und Konzepte zu realisieren. Dieser Bonus aus der (Selbst-)Ausbeutung qualifizierter Arbeitsleistung war das wesentliche Fundament der erreichten Entwicklung in den 80er Jahren.

Aber auch auf der Ebene der Gesetzgebung gelangen in den späten 80er Jahren Vorhaben, die 20 Jahre vorher angefangen wurden und zwischenzeitlich aussichtslos im Gestrüpp widerstreitender politischer und fiskalischer Interessenlagen stecken geblieben schienen: die Reform des Jugendhilferechts oder das neue Betreuungsgesetz sind hier zu nennen.

Die Tendenzen der Entwicklung sozialer Arbeit in Deutschland in den 90er Jahren sind naturgemäß erst zu vermuten:

- die Soziale Arbeit gehört für mich zweifellos zu den "Kriegsgewinnlern" des deutschen Einigungsprozesses, der unausweichliche Auf-, Aus und Umbau sozialer Dienstleistungen im neuen Osten der Republik hat Ressourcen und Betätigungsfelder in großem Umfang eröffnet.

- Wo die Gewinne und Verluste in den Feldern sozialen Arbeit im Prozeß der europäischen Einigung in Wirtschafts- und Währungsunion liegen, ist für mich noch kaum auszumachen. Schon heute leben wichtige Felder der Jugendberufshilfe und der Arbeits- und Beschäftigungsprojekte von den Mitteln aus Brüssel, im Markt der gehobenen Altenbetreuung kann ich mir gut eine wachsenden innereuropäische Konkurrenz der Anbieter vorstellen, die in das traditionell aufgeteilte Terrain deutscher Wohlfahrtsverbände eindringen. Ob und welche anspruchsvollen oder ausgrenzenden Konkurrenzen es in anderen, weniger profitablen Feldern sozialer Arbeit im zukünftigen Europa geben wird, kann ich nicht einschätzen.
- ebenfalls noch offen, in der Tendenz aber viel skeptischer beurteile ich die Auswirkungen der wirtschaftlichen und politischen Herausforderungen, die sich für die soziale Arbeit in Deutschland aus den gesellschaftlichen, politischen und sozialen Um- und Zusammenbrüchen in Osteuropa ergeben.
- Nicht zuletzt ist hier die Einbindung sozialer Arbeit in die globalen, vor allem durch den sog. Nord-Süd-Konflikt geprägten Beziehungen zwischen der reichen Industrienation Deutschland und den armen Entwicklungsländern vor allem in Afrika und Asien zu nennen.

Als leitendes Paradigma der sozialen Arbeit in den 90er Jahren scheint sich ein pragmatisches "Kosten-Nutzen-Kalkül" durchzusetzen: Nicht mehr die prinzipielle Frage, ob integrative Sozialprogramme ja oder nein steht zur Debatte, sondern ob die Kosten solcher Programme den erwarteten Nutzen an sozialer und politischer Stabilität erbringen. In Konkurrenz zur den "Angeboten" sozialer Integration stehen wie immer die sicherheitspolitischen Konzepte der Abwehr, Selektion und Ausgrenzung der "Anderen" und der "Fremden".

Damit bin ich bei dem dritten und letzten Teil, den Konflikten.

III. Konflikte sozialer Arbeit in Deutschland
Die Formulierung, Durchsetzung und Sicherung der fundamentalen Ansprüche jedes Menschen auf

- körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit,
- auf Arbeit und Wohnung sowie

- auf soziale Zugehörigkeit

müssen nach wie vor den Werthorizont und der Maßstab für Konzepte und Praxis sozialer Arbeit bilden. Die wider einmal bedrohlich deutlich werden "Gewalt im sozialen Nahraum", ob in der Familie unter dem Stichwort "sexueller Mißbrauch" thematisiert, ob in der Schule oder Nachbarschaft mit zunehmender Ohnmacht zur Kenntnis genommen, ist nicht erst seit den Übergriffen gegen Flüchtlinge, Ausländer und Asylbewerber in Deutschland ein zentrales und sehr konfliktbehaftetes Thema für die soziale Arbeit. Gleiches gilt für die anderen genannten Bereiche der Sicherung von Ausbildung und Beschäftigung auch für die sog. Randgruppen, sowie ebenfalls für die sich dramatisch verschlechternde Versorgung immer größerer Bevölkerungsgruppen mit menschenwürdigem Wohnraum zu bezahlbaren Preisen.

Bei den erkennbaren Versuchen, diese sozialen Herausforderungen anzugehen, gerät soziale Arbeit deutlich in Konflikt mit dem skizzierten "Kosten-Nutzen-Kalkül" einer modernen Dienstleistungsgesellschaft; an zwei Beispielen sei dies abschließend erläutert:

- (1) Das sog. "Tillburger-Modell" eines stringent durchrationalisierten modernen Dienstleistungskonzerns "Kommunalverwaltung" findet wachsenden Zuspruch bei den von ständig unkalkulierbar wachsenden Sozialtats geplagten Spitzenbeamten und Kommunalpolitikern vor allem der großen Städte im Ruhrgebiet. Jugend- und Sozialamt werden in diesem Konzept zu einem mit begrenztem Budget und betriebswirtschaftlich durchgestyltem Management ausgestatteten Unternehmensbereich mit eigenständiger Verantwortung für Personal-, Organisations- und Finanzressourcen. Fachlich schon lange eingeklagte Eigenständigkeit gibt es um den Preis unternehmerischer Verantwortung für das eigene, begrenzte Budget. Die Verteilungskämpfe werden heruntergeholt auf die Ebene zwischen Jugendarbeit und Erziehungshilfe, Kindergarten und Stadtranderholung für Kinderreiche; Stadtdirektor und Kämmerer waschen dabei zukünftig ihre Hände in Unschuld.
- (2) Nach wie vor droht m.E. eine "Medizinisierung" sozialer Probleme und Konflikte, von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihren ständigen Übergriffen bis hin zur Geronto-Psychiatrie. Medizin verspricht saubere Lösungen zu

kalkulierbaren Preisen, auch wenn die endlosen Debatten um die Gesundheitsreform das Gegenteil lehren. Aber auch die neuen Herausforderungen moderner Technik-Medizin, in Gen-Technologie, der vorgeburtlichen Medizin und der Frage nach Tötung sog. "lebensunwerten Lebens" erschüttern die Soziale Arbeit vor allem im Bereich der Behindertenarbeit in ihren Grundfesten. Die aufgeregten Debatten um die Auftritte des australischen sog. Sozialphilosophen Peter Singer sind nur ein Indiz für diesen Konflikt um die ethischen Orientierungen der sozialen Arbeit.

Dennoch, ich sehe vielerorts ein gewachsenes und wachsendes Selbstbewußtsein bei den Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen. Der klassische "Allgemeine Soziale Dienst", die traditionelle "Bezirkssozialarbeit" soll hierfür als Beispiel und Beleg dienen: "Vom Fall zum Feld" heißt die Parole, unter der unter Abkehr von dem ehemals so modernen Trend zur Spezialisierung regionalisierte soziale Dienste Kompetenz für sich in Anspruch nehmen. Das Wohnquartier, der Stadtteil, das überschaubare soziale Umfeld scheinen am ehesten geeignet, soziale Arbeit in einem Gemeinwesen so zu verankern, das Integration statt Ausgrenzung die Konzepte und die Arbeitspraxis bestimmen können. Ein altes Arbeitsfeld wird neu entdeckt und scheint Potentiale einer problemangemessenen Erneuerung und Entwicklung zu offenbaren, die genügend professionell-fachliches Engagement und Rückgrat gegenüber den skizzierten Konfliktlinien freisetzen.

"Global denken, lokal handeln" ist neben der immer aktuellen Orientierung "Integration statt Ausgrenzung" für die Soziale Arbeit im Deutschland der 90er Jahre eine angemessene Parole.

Dr. Christian Schraper
Institut für Soziale Arbeit e.V.
Stadtstr. 20, 4400 Münster

**SOZIAL HILFE IN EUROPA - VERGLEICH DER DEUTSCHEN UND
NIEDERLANDISCHE SOZIALLEISTUNGSSYSTEME**

**10. SYMPOSIUM DER ARBEITERWOHLFAHRT, 29 BIS 31 OKTOBER 1992
HAUS HUMBOLDTSTEIN, REMAGEN ROLANDSECK, DEUTSCHLAND**

**HENK SCHIPPERS,
PROVINZ-ABGEORDNETER DER PARTEI VON DER ARBEIT / ARBEITSPARTEI
IN DER PROVINZ ZUID-HOLLAND**

Zuerst darf ich mich vorstellen.

Meine Name ist Henk Schippers und aus das Programm haben sie erfahren was meine Arbeits Hintergrund ist.

Gerne will ich dazu sagen das ich spreche als Provinz-abgeordneter und das ich Erfahrungen aus meine übrige Arbeit mit meine persönliche Interpretation einbringe.

Ich frage ein bißchen Verständnis für mein Deutsch. Es ist keine offizielle Übersetzung, aber wir werden einander verstehen und darum geht es.

Sie bekommen den Text meines Referates. Nicht alles werde ich auch aussprechen, ich mache aus meine Text eine Selektion.

DIE INHALT MEINER EINLEITUNG.

- I. **UNSERE VERSORGUNGEN, DIE FINANZIERUNG UND DAS EINKOMMEN ÄLTERER MENSCHEN.**
 1. Unsere Versorgungen.
 2. Die Verantwortung und Finanzierung der Versorgungen.
 3. Das Einkommen älterer Menschen.
- II. **AUSGANGSPUNKTE DER ALTENPOLITIK.**
- III. **DIE DISKUSSION DIE WIR FÜHREN UND DIE LÖSUNGEN DIE WIR VERSUCHEN ZU FINDEN.**
 1. Die allgemeine Diskussion.
 2. Unstimmige und verschiedene Gesetzgebung und Finanzierung.
 3. Viele Zwischen-Versorgungen.
 4. Zusammenarbeit Altenheime - Pflegeheime.
 5. Intramurale Versorgung außerhalb die Mauer einer Einrichtung.
 6. Die Position der Sorgfragenden.
- IV. **EINIGE GRÖßE PROBLEME DIE WIR HABEN UND IHRE HEUTIGE SACHLAGE.**
 1. eine Regie für Altenheime und Pflegeheime und die Probe des Vermögens.
 2. Die Neu Bewertung des Gesundheitswesens.

UNSERE VERSORGUNGEN, DIE FINANZIERUNG UND DAS EINKOMMEN ÄLTERER MENSCHEN.

1.1. UNSERE VERSORGUNGEN.

Zuerst haben wir die EXTRAMURALE VERSORGUNG, für Alte Menschen die mit ein bißchen unterstützung allein selbstständig wohnen und leben können.

Die Versorgung wird gegeben durch DIE ALTENHILFE und FAMILIENPFLEGE, zusammen jetzt EXTRAMURALE HAUSPFLEGE.

Die Hilfe die geleistet wird besteht aus Altenhilfe (Hilfe im Haus : 5 Stunden pro Woche) und Pflege Hilfe (ungefähr 25 Kontakte pro Jahr).

Anzahl Alte Menschen : 168.000 jeder Moment, Total 200.000.

Anzahl Arbeitnehmer : 40.750 (Altenhilfe) und 11.750 (Familienpflege) full time Plätze. Zusammen 130.000 Arbeitnehmer.

Im KOORDINIERTER ALTENARBEIT gibt es viele Hilfeleistungen : Essen auf Räder, Mehr Bewegung für Alte Menschen, Informationen, sozial kulturelle Aktivitäten, Schulung / Ausbildung, Soziale Integration, usw.

Anzahl Alte Menschen : gar nicht zu sagen, ich glaube 100 Tausenden mit sehr verschiedene Besuchsfrequenzen.

Anzahl Arbeitnehmer : Ungefähr 1250 - 1500 Berufstätig und Tausenden Ehrenamtlich.

Die ALTENHEIME : Alte Menschen wohnen hier möglichst selbständig, aber sind für ein Platz in das Altenheim indiziert worden. Ohne indizierung gibt es keinen Aufnahme.

In Altenheim ist 24 Stunden Betreuung zur Verfügung.

Anzahl Alte Menschen : 155.000

Anzahl Arbeitnehmern : 55.000 (full time Plätze)

Kosten der Provinz Zuid-Holland für die Altenheime in unserer Provinz : 350 Millionen Gulden.

DIE PFLEGEHEIME, eigentlich aus dem Krankenhäuser entstanden und für Menschen die Pflege Bedürftig sind : nicht nur Alte Menschen, aber schon für 90% Alte Menschen.

Pflegeheime haben viele besondere Möglichkeiten und Einrichtungen, viel Personal, zum größten Teil hochqualifizierte.

Wir haben Pflegeheime für somatische und für psycho-geriatrische Aufnahmen.

Plätze in letztgenannte Heime gibt es aber zu wenig.

Was tun die Pflegeheime :

- Reaktivierung, manchmal nach eine Periode zurück in ein Betreuungsheim, oder in das eigene Hause.
- Chronische Patienten Somatik : definitive Aufenthalt ins Heim.
- Zeitweilige Aufnahme, z.b. bei Urlaub des Betreuende Partner.
- Terminale Fürsorge.
- Tagesbehandlung Somatik.
- Psychogeriatric

Anzahl Alte Menschen : 58.000

Anzahl Arbeitnehmern : 50.000 (full time Plätze)

DIE INDIZIERUNG FÜR DIESE VERSORGUNGEN.

Für Altenheime gibt es pro Gemeinde oder zusammenarbeitende Gemeinden eine Indizierungs Kommission. Die Indizierung findet statt durch die Kommission, die jedenfalls einen Arzt und einen Sozial Arbeiter als Mitglied hat.

Die Indizierung ist wichtig : keine Indizierung, auch kein Platz in einem Heim. Wenn es aber keine Grund zur Indizierung für ein Altenheim gibt, dann wird der Kommission angeben welche andere Versorgung zu Raten ist.

In die Extramurale Hauspflege hat man keine spezielle Indizierung : jeder Organisation hat Ihre

eigene Aufnahme, und gibt auch Hilfe wenn die Indizierungs Kommission das empfiehlt.

Bei ein Pflegeheim indiziert die Indizierungs Kommission. Ein Arzt stellt die Zuweisung der Sorgleistung fest.

EIGENE BEITRÄGE DER ALTE MENSCHEN.

Die eigene Beiträge oder Pflichtbeitrag ist ganz verschieden.

Im Altenheim muss die Kostpreise bezahlt werden. Also die Alte Menschen müssen zuerst ihres Einkommen und ihres Vermögen "auf essen". Ein kleines Vermögen darf man behalten (ungefähr 5.200 Gulden) und 299.- Gulden pro Monat von das Einkommen.

Im Pflegeheim muss ein Einkommens Abhängige eigene Beitrag Bezahlte werden, mit einer Maximum von 2.200 Gulden pro Monat.
Das Vermögen darf man behalten.

In der Extramurale Versorgung wird die Familienpflege bezahlt durch die Organisation - die Kreuzorganisationen - wo man Mitglied werden kann.
In die Altenhilfe ist es auch einen Einkommens abhängige Beitrag.

In die Experimente ist es sehr verschieden und gilt keine Regelung.

2. DIE VERANTWORTUNG UND FINANZIERUNG DER VERSORGUNGEN

DIE VERANTWORTUNG.

Die Verantwortung für die Versorgungen ist verschieden.

Die Provinzen sind verantwortlich für die Altenheime. Das heißt das die Provinzen die Politik bestimmen und auch die Finanzierung. Damit ist die Politik der Altenheime eine Provinzielle Politik.

Für die Koordinierte AltenArbeit sind die Gemeinde verantwortlich.

Für die Pflegeheime und die Extramurale Hauspflege gibt es das Allgemeine Gesetz Besondere Krankheitskosten (AWBZ). Für diese Versorgungen ist die Landesregierung verantwortlich, aber auch nicht ganz.

DIE FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS IN HOLLAND.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden charakterisiert sich durch eine Mischung aus Privater Pflege und öffentliche Kassen.

Es besteht eine Pflichtversicherung für Arbeitnehmer unter einer bestimmten Einkommensstufe. Sie deckt um die 65 % der gesamten Bevölkerung.

Für die höheren Einkommens ist die Versicherung privat.

Insgesamt bestehen ungefähr 40 Krankenkassen und 30 private Versicherungsgesellschaften.

Die Sozialprämien und Pflichtprämien der Krankenkassen decken 65 % der Gesamtkosten im Bereich der Gesundheitspflege.

Das Regierungsbudget sieht weniger als 10 % vor und die restlichen 25 % kommen von Privatzuschüssen und direkte Zahlungen der Patienten.

DAS AWBZ.

Das AWBZ ist eine Volksversicherung und stammt aus dem Jahre 1968.

Diese soziale Krankenversicherung hatte damals den Zweck, das gesamte Niederländische Volk gegen solche medizinische Risiken zu versichern, deren Kosten Keiner alleine tragen kann. Zum

beispiel eine langwierige Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim.

Im Prinzip stand die Versicherung der internen Fürsorge im Mittelpunkt. Im Laufe der Jahre ergab sich eine Änderung. Nicht nur wurden immer mehr Kosten von besonderen Krankheiten unter dem Bereich der AWBZ gebracht, sondern auch die Präventive Gesundheitsfürsorge und externe Fürsorge.

Alle Einwohner von die Niederlande sind versichert.

Die Ausführung geschieht durch Ausführungsorgane und Verbindungsbüros

Die Ausführungsorgane behandeln die Anträge eigener Versicherten auf AWBZ Leistungen und stellen die eigenes Pflichtbeitrag fest.

Die Verbindungsbüros koordinieren die Beratungen zwischen die Ausführungsorgane und die Instituten die die Fürsorge ausführen. Jede Einrichtung hat also zu tun mit ein Verbindungsbüro.

Weiter sind die Büros verantwortlich

- für die Anerkennung der AWBZ Einrichtungen. Damit können die Büros auch die Qualität der Einrichtungen beeinflussen.
- und für die Beurteilung von Tarifrufen der AWBZ Einrichtungen.
Diese Tarife werden jedoch auf Landesebene festgestellt.

Also, zurück nach den Pflegeheime.

Die Pflegeheime werden bezahlt aus dem AWBZ und die Patienten bezahlen eine Pflichtbeitrag.

Neue Pflegeheime oder Anpassungen der Pflegeheime brauchen eine neue Anerkennung und auch Zustimmung für AWBZ Finanzierung.

Und dann kommt die Verantwortung der Provinz.

Die Provinzen haben eine Planungs Verantwortung für Pflegeheime : in einen Plan geben die Provinzen ihre Durchsicht und Beratung über die Umfang und Streuung der Pflegeheime pro Gesundheitsregio.

Fast nie wird vom Plan abgeweicht durch das Ministerium das auf Landesebene entscheidet.

3. DAS EINKOMMEN ALTERER MENSCHEN

Jeder über 65 jähriger Einwohner hat ein garantiertes Einkommen : die AOW, das heißt Allgemeine Alters Rente.

Die Rente beträgt für jeder 65 plus partner f 978.70 pro Monat.

Sind in ein Ehepaar beide Partner 65 + dann bekommt das Ehepaar zwei Mahl dem Betrag und hat dann zusammen f 1.957.40.

Ist einer der Partner 65 + dann bekommt das Ehepaar f 978.70 und dann noch das Einkommen der nicht 65 Jährige Partner.

Ein alleinstehende ältere Mensch bekommt f 1.411.54.

Eine Ein Elter Rente beträgt f 1.759.82.

Die Altenverbände in die Niederlande haben deutlich gemacht das mit diesem Einkommen nicht ein Minimum Lebens Standard geführt werden kann.

Es sollte ungefähr 100 gulden mehr pro Monat geben.

Viele alte Menschen haben auch eine Alters Versicherung und bekommen eine Pension neben ihre AOW. Die AOW bekommt man immer, eben wenn man Millionär ist.

Die Anzahl alte Menschen der auch eine Pension bekommt, wächst.
Damit entsteht den Eindruck das alte Menschen in die Niederlande ein gutes Einkommen haben.

Das ist aber nicht für jeder dem Fall.

Festgestellt wurde das eine bestimmte Anzahl alte Menschen - 500 bis 600.000 - bis im 21. e Jahrhundert nur von AOW leben muss.

Das heißt vor den Altenverbände, das viele Alte Menschen unter die Armutgrenze leben.

Die Kosten der AOW werden immer höher und die Diskussion hat angefangen ob die AOW noch bezahlbar ist, oder ob die AOW nicht geringer sein kann.

Man denkt dabei immer an die größte Gruppe älterer Menschen die AOW und eine Pension haben, und vergißt die wichtige Gruppe nur AOW Empfänger.

Zu diese Gruppe gehören ins besondere viele alte Frauen.

II. AUSGANGSPUNKTE DER ALTENPOLITIK

Schon seit Jahren wird die Altenpolitik in den Niederlande gekennzeichnet durch die folgende Ausgangspunkte :

- SO lange wie möglich selbständig Wohnen und Leben im eigene Wohnung und im eigene Nachbarschaft.
- Hilfe nach Mass : nicht zu viel, auch nicht zu wenig. Gerade das was der alte Mensch braucht.
- Was die Alte Menschen selbst tun können, sollten sie auch selber tun.
- So wenig wie möglich sollten die Alte Menschen versetzt werden.
- Wenn das doch geschehen soll, dann erst nachdem man versucht hat die Versorgung zu dem alte Mensch Zu Hause zu bringen.
- Eine große Einfluss der Altenverbände auf die Alten Politik.

III. DIE DISKUSSION DIE WIR FÜHREN UND DIE LOSUNGEN DIE WIR VERSUCHEN ZU FINDEN.

III.1. DIE ALLGEMEINE DISKUSSION.

Die Altenpolitik ist in Bewegung und es ändert sich Vieles.

Die obengenannte Ausgangspunkte zeigen das schon. Die Versorgung in Altenheime und Pflegeheime ändert, wird schwerer, viele alte Menschen wollen zu Hause bleiben und dort Versorgung bekommen.

Die Politik in Zuid-Holland z.b. steht für Änderungen wie Hilfe nach Mass, besser Einspielen auf die Sorgfragen, die Sorgfragenden bei der Politik beziehen, keine neue Altenheime mehr, aber bei Altenheime kleine, Pflegeheim-Einheiten bauen, intramurale Versorgung extramural anbieten, Wohnen-mit-Sorg Projekte, usw.

Viele Änderungen sind vom letzten Jahren.

Alle Organisationen in der Altenpolitik haben zu tun mit eine Art "Mangel" Situation : das Versorgungs Bedürfnis nimmt zu, aber die Finanzierung wächst nicht nach.

Vor einige Jahren war berechnet das wir, wen wir nur die Vergreisung folgen, 400 millionen Gulden pro Jahr zu wenig haben. Das heißt das wir jetzt 2 Milliarden Gulden zu wenig haben für die Altenpolitik.

Die Vergreisung ist groß, sicher die doppelte Vergreisung : immer mehr 80 Jährigen- und älter.

Im Moment haben wir Berufstätige genug, aber es gibt große Sorgen für die Zukunft.

Der Vergleich mit andere Europäische Länder macht viele - alte Menschen - in Holland, und auch die Altenverbände nicht froh. Man erwartet das wir in die Art und Umfang der Versorgung zurück gehen müssen. Ich glaube das man damit Recht hat.

Wir haben zu tun mit eine Erneuerung der Verwaltung. Die Obrigkeit will oder muss sich mehr zurückziehen, die Obrigkeit kann nicht alles und muss das auch nicht mehr wollen.

III.2. UNSTIMMIGE UND VERSCHIEDENE GESETZGEBUNG UND FINANZIERUNG.

Die Unstimmigkeit der Gesetzgebung und der Finanzierung gibt in zunehmenden Masse Probleme.

Die notwendige Zusammenarbeit der Altenheime und Pflegeheime ist schwierig durch die Unstimmigkeit der Gesetzgebung und Finanzierung.

Das Unterschied zwischen beide Versorgungen aber wird immer fälliger.

Mit die Planung für Pflegeheime und die eigene Verantwortung für Altenheime versuchen die Provinzen mehr und mehr eine Abstimmung zu erreichen damit die Sorgfrage der alten Menschen angemessen und zweckmäßig zu beantworten.

Aber damit können wir nicht sehr weit kommen. Die Differenzen in Finanzierung und Gesetzgebung sind eine zu große Belastung.

Damit wird die Versorgung auch teurere und weniger effizienz.

III.3. VIELE ZWISCHEN VERSORGUNGEN.

Eine Antwort auf die verschiedene Gesetzgebung und Finanzierung hat man gefunden in Zwischen-Versorgungen und Experimente.

Ich nenne hier einige Experimente, im Laufe dieses Referat werden noch einige passieren.

- Krimpenerwaard Oost, ein Ländliches Gebiet in Zuid-Holland.

Hier gab es keine Pflegeheime, zu wenig Altenheime und dann noch nur am Rande des Gebietes. Alte Menschen aus dem Gebiet müßten Umsiedeln wenn sie Versorgung in einer diesen Heime brauchten.

In die Planung gab es eine Möglichkeit für eine Pflegeheim, aber dann hat die Diskussion angefangen wo und wie dieses Pflegeheim gebaut werden soll.

Nach viele Diskussionen und Gespräche unter anderem mit der Provinz und das Ministerium von WVC, hat man ein Projekt gemacht das besteht aus 4 Satelliten in der Krimpenerwaard mit jeder 30 Betten : 15 Pflegeheim- und 15 Altenheimbetten.

Es gibt ein Zentral-Management und die Versorgung wird kleinemässig angeboten. Das 15 : 15 Verhältnis hat mehr zu tun mit die Finanzierung als mit der Versorgung. Alte Menschen werden in der Satellit in die Nähe ihres eigenes Haus aufgenommen wenn sie Indiziert werden für ein Altenheim und bleiben auch dort wenn sie Pflegebedürftig werden.

Daneben hat man eine gute Zusammenarbeit mit dem Extramurale Zuhause-Versorgung, mit der man versucht die Aufnahme in die Satellit so lange wie möglich voraus zu schieben.

In die Gemeinde Monster ist schon vor einige Jahren ein Altenheim errichtet worden für 60 Betten. Dazu wurden übrigens ein Heim gebaut mit nur 45 Betten. Das Geld für die letzte 15 Betten benutzt man für die Versorgung zu Hause von für das Altenheim indizierte alte Menschen. Vorgesehen ist eine Zusammenarbeit mit der Extramurale Hauspflege. Das Projekt hatte eine schwierige Start : viele Alte Menschen und auch die Arbeitnehmer

und die Extramurale Hauspflege müsste sich an die neue Aufgabe gewöhnen. Das Projekt wird evaluiert. Soweit ich jetzt gehört habe sind die 45 Betten besetzt, aber hat man einige Schwierigkeiten mit die 15 extramurale Betten. Das ist ungewöhnlich, weil es vor dem Anfang des Projektes viele alte Menschen gab die sagten lieber die Versorgung zu Hause benützen zu wollen (wen es so weit wäre) als ins Heim gehen. Vielleicht war es die Sicherheit das intramurale Versorgung da ist wen man sie braucht, wodurch Menschen länger zu Hause und ohne intensive Versorgung bleiben können.

In Dordrecht - eine große Stadt mit über 100.000 Einwohner - muss ein Altenheim renoviert werden. Man hat Pläne das Heim nieder zu reißen, kein Altenheim mehr zu bauen, aber ein Kombination zu bauen von Wohnen und Versorgung (180 Einheiten) mit drei Stützpunkte in dem Viertel wo alte Menschen hin gehen können für Hilfe, Information, soziale Kontakte, usw.

Daneben wird eine gute Zusammenarbeit vorgesehen mit der Extramurale Hauspflege.

III.4. ZUSAMMENARBEIT ALTENHEIME - PFLEGEHEIME.

Vor einige Jahren war dies eine heikle Diskussion. Die Autonomie eines Heimes war so wichtig, das man mit einander sprechen will, aber nicht zusammen arbeiten, den das hiess aufgeben der Autonomie.

Das ist jetzt im meisten Fälle passiert. Die Heime brauchen einander und sehen auch die Notwendigkeit von Zusammenarbeit ein.

Damit hat auch die Vergreisung seine Einfluss gehabt. Wir vergreisen in schnellem Tempo. Immer mehr Leute werden immer Alter.

Das bedeutet das mehr alten Menschen in Altenheime und Pflegeheime versorgt werden müssen und auch das schwerere Versorgung gegeben werden soll.

Damit hat man die Notwendigkeit erfahren das Altenheime einander helfen sollen und auch das die Pflegeheime die Altenheime unterstützen sollen im Falle alte Leute die nicht von ein Altenheim nach ein Pflegeheim versetzt werden könne, weil dort kein Platz ist, oder - und das kommt in zunehmende Massen vor - weil die Alte Menschen im Altenheim bleiben wollen und damit z.b. bei Ihre Partner bleiben können oder eine bessere Soziale Umgebung haben für die letzte Jahren ihrer Leben.

Da gegenüber haben wir auch zunehmend die Möglichkeit bei Altenheime kleine Nebengebäude zu bauen von große Pflegeheime, womit auch die Zusammenarbeit gefördert ist.

In Altenheime nimmt die Pflege und in Pflegeheime die Verpflegung ständig zu. Die Grenze zwischen beide Versorgungen wird immer schmaler. Über einige Jahren - glaube ich - kennen wir keinen Unterschied mehr.

III.5. INTRAMURALE VERSORGUNG AUßERHALB DIE MAUER EINER EINRICHTUNG.

Die letzte Jahre ist es formel möglich Altenheim- und Pflegeheim- Versorgung außerhalb das Heim zu bieten an indizierte alte Menschen. Vor einige Jahren war das absolut unmöglich. Dann haben aber die Experimente angefangen.

Ich habe über einige davon gesprochen : Krimpenerwaard Oost, Monster und Dordrecht.

Und jetzt kann die Zusammenarbeit auch formel statt finden, obwohl dafür noch wenig Geld zur Verfügung steht.

Ein Beispiel : Das Projekt Schwere Zusatzfürsorge in der Stadt Vlaardingen (80.000 Einwohner).

In die Pflegeheim Betreuung außerhalb der eigenen vier Wände handelt es sich meistens um Psychogeriatrische Problematik.

Das Regionale Institut Ambulante Geistige Gesundheitsfürsorge (RIAGG) ist auch in das Projekt einbezogen. Sie erfüllt eine wesentliche Rolle bei der Konsultation.

Pflegeheimfürsorge wird in einem Pflegeheim gegeben. Aber die Warteliste wurden immer länger, sowohl in den Krankenhäusern, als auch in den Pflegeheimen.

Auch in ihren eigenen Wohnungen sind viele alte Menschen der Pflegeheimfürsorge benötigen. In diesem Projekt geht man davon aus das wenn jemand Zusatzbetreuung / Pflegeheimfürsorge benötigt, er diese auch bekommen muss, ohne unbedingt in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden.

Das bedeutet das Mitarbeiter des Pflegeheimes im Altenheime, Krankenhäuser oder zu Hause kommen und dort anbieten was angeboten werden soll.

Es muss eine gute Zusammenarbeit zwischen alle Disziplinen intramural und extramural geben. Dazu haben in Vlaardingen alle Disziplinen entschlossen.

Das Projekt läuft noch nicht sehr lange. Resultate hat man noch nicht konkret, aber in der Zusammenarbeit tut man jetzt mehr als früher und man kann mehr Alte Menschen helfen mit Hilfe nach Mass. Das heißt das nicht wie früher das ganze Paket vom Heim abgenommen werden muss, aber das man bietet was nötig ist, nicht mehr aber auch nicht weniger.

III.6. DIE POSITION DER SORGERAGENDEN.

Es gibt in den Niederlanden drei Altenverbände mit ungefähr insgesamt 500.000 Mitglieder. Das sind alte Menschen ab 50 Jahr.

Wir haben - nach gut Holländische Tradition - drei Verbände : de ANBO (allgemein) - die KBO (Katholisch) und die PCOB (Christlich).

Die Organisationen werden subventioniert auf Landesebene durch die Staat (ungefähr 4 million Gulden) und auf Provinz ebene durch die Provinz mit ungefähr 400.000 Gulden.

Damit sind die Verbände im Stande ihre Interessen zu Vertreten und damit Einfluss zu haben in die Altenpolitik.

Die Verbände bemühen sich mit viele Sachen :

- Das Einkommen, die AOW, anfüllende Renten. Soziale Sicherheit.
- Das Wohnen, Miete Subvention, Wohnlasten, Kosten vom Dienstleistungen bei Wohnungen.
- Gesundheitsfürsorge, gute Auskunft und Prävention.
- Das Wohlbefinden. Hilfeleistung in das Wohnviertel, politische Mitsprache, Einfluss durch zb Seniorenräte.
- Die Interesse der Frauen.

IV. EINIGE GROßE PROBLEME DIE WIR HABEN UND DIE STAND DER SACHE DAMIT.

IV.1. EINE REGIE FÜR ALTENHEIME UND PFLEGEHEIME UND DIE PROBE DES VERMÖGENS.

Im Moment haben wir zwei große Diskussionen :

- die Unterbringung von den Altenheimen Gesetzlich und Finanziell in dem AWBZ. Damit sind Altenheime und Pflegeheime in eine Régie gebracht.
- Damit hängt zusammen die Diskussion über das Vermögen.

Fast niemand ist gegen die Unterbringung in eine Régie von Altenheimen und Pflegeheimen. Beide sind immer mehr nicht mehr von Einander zu unterscheiden. Immer weniger werden alte Menschen versetzt von einem Altenheim nach ein Pflegeheim. Beide Versorgungen arbeiten immer mehr zusammen.

Die Provinzen - jetzt noch verantwortlich für die Altenheim Politik - haben jedoch positiv reagiert auf das Vorhaben die Altenheime unter das AWBZ zu bringen. Die Provinzen heben allerdings auf Sorgfalt gedrängt, unter Berücksichtigung der Interessen von Senioren, der Interessen von Altenheimen und der Aufgaben und Zuständigkeiten der Provinzen sowie der personellen und finanziellen Konsequenzen. Die Provinzen werden auf jeden Fall den Prozeß genau verfolgen.

Das größte Problem gibt das Vermögen.

Im Altenheim muss man das Vermögen "auf essen", im Pflegeheim darf man das behalten. Man will das System der Altenheime folgen : Vermögen auf essen. Damit wird die Pflegeheim Versorgung teurer für die Patienten und billiger für die Regierung. Die Altenverbände haben wütend reagiert. Die Verbände wollen das Umgekehrte : für Altenheime dasselbe System als für die Pflegeheime. Das wurde konsequent sein, weil die Altenheime in dem AWBZ gebracht werden und das AWBZ Einkommens abhängige Beiträge kennt.

Das Problem dabei ist das Altenheime nur für alte Menschen da sein, aber Pflegeheime nicht. In Pflegeheimen sind auch Junge Menschen aufgenommen. Das Vermögen auf essen für diese Junge Leute oder Menschen die eine Zeit - z.B. ein Jahr - revalidieren müssen, kann man nicht einfach einführen.

Die Diskussion ist noch nicht gelaufen, aber die Emotionen sind hoch gegangen.

IV.2. DIE NEU BEWERTUNG DES GESUNDHEITSWESENS.

Das Ziel ist eine Erweiterung der Kollektiven Finanzierung und die Integrierung der verschiedenen finanzielle Quellen in ein einziges Teil der Sozialversicherung.

Ungefähr 80 % wird kollektiv mit Einkommens abhängige Prämie, und 20 % Privat versichert. Man will dies erreichen durch die Unterbringung von vielen Versorgungen in dem AWBZ und davon dann eine Volksversicherung machen.

Die Unterschied zwischen den Krankenkassen und die Privatversicherung verschwindet.

Die Versicherung wird damit privatisiert : alle Versicherungsgesellschaften müssen Kunden werben. Die Regierung setzt zentrale Regeln fest. Sie gewährleistet allen Zugang, da die Versicherungsgesellschaften alle neue Kunden annehmen müssen. Sie müssen für die gleiche Versicherung die gleiche Prämie bieten.

Diese Änderungen sind jedoch nicht die Einzige.

Für das ganze Angebot der Versorgung werden die Finanzgeber, die Anbieter der Versorgung und die Patienten Organisation (der Dritte Partei) zusammen verantwortlich. Die Behörde tritt zurück und lässt viel in Hände der Marktparteien : Versicherungsgesellschaften und Anbieter der Versorgung.

Es muss auch mehr Marktkonform gearbeitet werden. Die Konkurrenz muss die Kosten zügeln.

Die Provinzen wollen Einfluss durch Régie Durchsichten : wie soll die ganze Versorgung in einer Régie aussehen müssen mit Hinsicht auf Streuung, Zugänglichkeit, Qualität, Zusammenarbeit. Die Diskussion darüber ist noch nicht beendet.

Für die Qualität sind die Parteien verantwortlich, sie werden selber Regeln stellen und kommen mit Zertifikaten.

Die Behörde beurteilt ob die Parteien genügend Instrumente haben um die Qualität zu bewachen. Dafür sind Inspektionen verantwortlich.

Daneben können die Provinzen - eventuell nach Beschwerden und Signale von Konsumenten - Anweisungen geben.

2Wie das Alles aussehen wird, kann noch nicht gesagt werden. Das Gesetz wo das Alles in festgelegt werden soll, ist noch nicht ausdiskutiert.

Auch das ist noch unsicher.

Meine Konklusion.

Die Bilanz zwischen positive und negative Aspekte der Neu Bewertung ist für mich noch nicht deutlich.

Die Marktwirkung kann gut sein, aber ich habe große Zweifel ob es auch in dem Gesundheitswesens seine Wirkung haben wird. Mein Antwort ist : nein, es wird teurer : wenn es um Gesundheit geht will jeder das Beste und wirkt die Konkurrenz kostenerhöhend.

Ich glaube nicht das wir ein besseres und effizienteres Gesundheitswesens bekommen als die Finanzgeber und die Anbietern dafür im Größtem Teil verantwortlich sind.

Und ich glaube nicht das wir auch für ein kleines Teil die Dritte Partei, die Konsumenten, eine selbe Position geben können (und geben wollen) als die andere zwei Parteien.

Aber wie gesagt, die Diskussion über die Neu Bewertung des Gesundheitswesens ist bei Lange noch nicht vollendet.

Ob das auch gelingen wird ist die Frage.

Das Problem dabei ist das es unsere eigen Staatssekretär Hans Simons ist der die Diskussion - die angefangen hat unter eine Konservative Regierung (CDA und Liberalen) - jetzt vollenden muss und auf viele Gegenstände stößt von CDA und Liberalen.

Ich danke ihnen für ihre Aufmerksamkeit.

Henk Schippers
27.10.1992

AMBULANTE SOZIALPFLEGERISCHE DIENSTE UND DIE KÜNFTIGE BASISVERSICHERUNG ÜBER KRANKHEITSKOSTEN IN DEN NIEDERLANDEN

Einführungsreferat von Bas Maassen, Direktor der Stiftung Haus- und Familienpflege Meerlanden e.o. in Hoofddorp/Niederlande am 10. Symposium der Arbeiterwohlfahrt vom 29.-31. Oktober 1992 in Remagen/Rolandseck.

Vorrede

Viel ist in diesen Tagen schon gesagt worden über soziale Dienste und soziale Sicherungssysteme in Deutschland und in den Niederlanden. Als letzter Sprecher werde ich ab und zu Wiederholungen nicht vermeiden können. Ich denke nicht dass das schlimm ist. Wahrscheinlich führt es auch zu einem besseren Verständnis des Themas. Es ist nun einmal ziemlich schwierig, selbst innerhalb Europa, Einwohnern eines anderen Landes zu erklären wie die Situation in dem eigenen Land ganz genau ist. Das hat zu tun mit anderen gesellschaftlichen Verhältnissen, mit anderen Gesetzen, mit dem Sprachunterschied, und vielleicht auch mit stereotypen Vorstellungen vom anderen Volk.

Ich werde heutemorgen mit Ihnen sprechen über die aktuellen Entwicklungen bei den ambulanten sozialpflegerischen Diensten in Verbindung mit der künftigen Basisversicherung über Krankheitskosten. Bei den ambulanten sozialpflegerischen Diensten beschränke ich mich auf die Haus- und Familienpflege (holländisch: Gezinsverzorging), die Arbeit der Gemeindepflege (holländisch: Kruiswerk) und die Arbeit der Wochenpflegerinnen (holländisch: Kraamzorg). Zusammen nennen wir diese Aktivitäten heute auf holländisch "Thuiszorg", genau ins Deutsche übersetzt: Hauspflege. In meinem Referat werde ich dann auch weiter sprechen von Hauspflege.

In der Hauspflege ist viel in Bewegung. Die wichtigste Ursache davon ist die geplante Reform des Gesundheitswesens die zur Zeit im Gange ist. Unsere Regierung will eine Pflichtversicherung über Krankheitskosten für alle Bürger. Fast alle Ansprücker der Bürger werden in eine breite Basisversicherung untergebracht. Alle jetzt existierende Gesetze in diesem Bereich werden in Phasen abgebaut. Das ist eine komplizierte Operation worüber schon seit Jahren diskutiert wird. Allerlei Themen aus dieser Diskussion werden auch hier in der Bundesrepublik vertraut in den Ohren klingen.

Ich werde nun erst sprechen über die Basisversicherung und dann über die Entwicklungen in der Hauspflege. Wo möglich werde ich Unterschiede oder Ähnlichkeiten zwischen Deutschland und Holland nennen, aber ich denke dass Sie das selbst am besten vermögen.

Vorgeschichte der Gesundheitsreform

Ich weiss nicht ob das in Deutschland auch so ist, aber in unserem Land haben Politiker immer die Neigung grossartige Pläne zu machen für eine totale Reform der Gesetze in einem bestimmten Bereich. Alles wird geändert und untergebracht in ein neues zusammenhängendes gesetzliches System das natürlich besser und weniger bürokratisch ist als das Alte und woran auch noch allerlei aktuelle Tugende zugeschrieben werden. Das war so mit den Sozialversicherungen, mit dem Schulwesen, mit dem Gemeinwohl und selbstverständlich auch mit dem Gesundheitswesen.

In 1974 veröffentlichte der damalige Staatssekretär Hendriks vom Gesundheitsministerium seine sogenannte Strukturnote. Wichtige Themen in dieser Note waren Echelonierung, Regionalisierung, behördliche Dezentralisation, Demokratisierung und die eigene Verantwortung der Bürger. Mit Echelonierung wird gemeint Einteilung der Dienste und Institute in Linien. In der ersten Linie sind z.B. die Ambulanten Dienste, die Hausärzte, und andere Dienste die direkt für die Bürger zugänglich sind. In der zweiten Linie sind z.B. Allgemeine Krankenhäuser und in der dritten Linie spezialisierte Krankenhäuser. Die Regionalisierung sollte den Einfluss der Gemeinden und Provinzen vergrössern.

Die Ideen aus dieser Note bestimmten in den siebziger Jahren die Diskussionen und auch wurden Schritte in die gewünschte Richtung unternommen. Aber allmählich liefen die Entwicklungen fest. Die Zeiten hatten sich inzwischen geändert. Das Vertrauen in das Planungsdenken war inzwischen verschwunden. Der Staat müsste sich bescheidener benehmen und mehr Platz machen für den Markt als Ordnungsprinzip. Das betreffende Gesetz wurde noch von der Zweiten Kammer der Generalstaaten, das Unterhaus des Niederländischen Parlaments, angenommen, doch das Gesetz bekam keine echte Bedeutung mehr für die Gesundheitspraxis.

Aber die Politik gab nicht auf und schlug einen anderen Weg ein. In 1986 wurde ein schwerer Ausschuss für die Struktur und Finanzierung der Gesundheitsdienste ins Leben gerufen. Der Vorsitzende dieses Ausschusses war Philips Topmanager Wisse Dekker, und der Ausschuss wurde dann auch Dekker-Ausschuss genannt. Schon am 26. März 1987 veröffentlichte dieser Ausschuss seinen Bericht. Festgestellt wurde das die Gesetze und Finanzierung im Bereich des Gesundheitswesens in zuviel Einzelregelungen zersplittert waren. Effective Zusammenarbeit der Dienste wurde dann auch behindert und die Zweckmässigkeit war zu gering. Der Schwerpunkt des Gesundheitswesens lag zuviel bei stationären Diensten. Für ältere Bürger bot das System nicht genügend Solidarität. Auch war der Ausschuss die Meinung dass die Gebraucher der Dienste kaum Einfluss hatten.

Der Dekker-Ausschuss schlug vor die Finanzierung der gesamten Gesundheitsdienste in eine allumfassende Versicherung unter zu bringen.

In der neuen Versicherung müssten Marktinstrumente wie Wettbewerb eingebracht werden, während zur gleichen Zeit die Solidarität, inhärent an jedem Sozialversicherungssystem, garantiert sein müsste. Der Ausschuss machte einen Unterschied zwischen einer Basisversicherung die 85 % der Dienstleistungen umfasst und einer Zusatzversicherung die 15 % der Dienstleistungen umfasst.

Diese Basisversicherung ist eine Pflichtversicherung. Alle notwendigen Dienste müssten darin untergebracht werden. Dabei geht es nicht nur um Krankenhäuser und Ärzte, aber auch um Pflegeheime, Gemeindefürsorge, Haus- und Familienpflege, Altersheimen, psychiatrischen Anstalten, psychische Fürsorge, Medikamente usw. Eine sehr breite Versicherung also. Eine freiwillige Zusatzversicherung müsste für die nicht wirklich notwendigen Dienste funktionieren.

Die Basisversicherung soll für 90 % finanziert werden aus Prämien einkassiert vom Steueramt. Die Bürger tragen also auf dieser Weise einkommensgemäss daran bei. Die empfangenen Prämien werden vom Steueramt überwiesen an eine Zentrale Kasse und dann wieder auf Basis verschiedener Kriterien (Zahl der Versicherten, Alter, usw.) verteilt unter die Krankenkassen und privaten Krankenversicherer. Die übrige 15 % muss der Bürger in einem festen Betrag, eine nominale Prämie, zahlen an die Krankenkasse oder private Versicherungsgesellschaft wo er versichert ist. Mit der Höhe dieser nominalen Prämie können die Versicherer konkurrieren.

Der Unterschied zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern verschwindet damit im neuen System. Weiter werden nicht länger die Organisationen, wie jetzt üblich für z.B. die Hauspflege, sondern die einzelnen Dienstleistungen finanziert werden. Allmählich werden alle Dienstleistungen in funktionalen Termini umschrieben. Jeder Anbieter von Dienstleistungen der gewissen Qualitätsanforderungen entspricht kann mit den Versicherern Verträge schliessen zur Lieferung dieser Dienstleistungen. Der Versicherer kann wahrscheinlich anstelle von Sachleistungen dem Leistungsberechtigten auch das benötigte Geld geben, z.B. für die Hauspflege. Wenn dies so realisiert wird entsteht zweifellos ein Wettbewerb zwischen Anbietern von Dienstleistungen und bekommen auch neue Anbieter Zugang zum Markt.

Das Kabinett hat in verschiedenen Briefen an der Zweiten Kammer, mit der Note Veränderung Versicherung in März 1988, mit der Note Arbeiten an der Erneuerung des Gesundheitswesens in Mai 1990, die Planung und das Zustandekommen einer neuen allgemeinen Basisversicherung skizziert. Schritt für Schritt sind wir dann auch auf dem Wege zur künftigen Basisversicherung. Es ist beabsichtigt das neue Gesetz für die Basisversicherung, nach einem Übergang über das AWBZ (das Allgemeine Gesetz über besondere Krankheitskosten) 1995 in Kraft treten zu lassen.

Wir sprechen übrigens nicht länger über den Dekker-Plan, sondern über den Simons-Plan.

Der sozialdemokratische Staatssekretär Simons nahm nämlich in 1989 die Leitung über vom Liberalen Staatssekretär Dees. Ja, und wie geht's dann mit dem Markt, fragen Sie vielleicht. Ich komme noch darauf.

Die Probleme

Es wird deutlich sein das ein so vielumfassender und ambitionierter Plan auch Probleme und Frage von mancherlei Art entstehen lässt. Ein fundamentales Problem bei diesem Plan, das Verhältnis zwischen Solidarität und Markt oder eigene Verantwortung der Bürger, hat natürlich zu tun mit politischen Auffassungen. Der Übergang von einem liberalen zu einem sozialdemokratischen Staatssekretär spielt dabei eine Rolle. Liberalisten und Sozialdemokraten legen die Akzente deutlich anders. Die Christlich Demokraten nehmen eine interessante Zwischenposition ein. Praktisch geht es bei der Diskussion um Frage als: Wieviel Leistungen werden in die Basisversicherung aufgenommen. Simons denkt sich noch so viel darin, dass es kaum eine Lebensfähigkeit gibt für eine kommerzielle zusätzliche Versicherung. Dabei spielt auch noch das Problem dass die Kosten des Gesundheitswesens explosiv steigen. Und wie es in Deutschland hierüber Konflikte gibt mit Zahnärzten, so zeichnet sich bei uns ein Konflikt ab mit den spezialistischen Ärzten. Um die Kosten zu dämpfen will der Staatssekretär ihnen weniger pro Dienstleistung zahlen.

Dabei haben wir noch eine andere Diskussion. Muss alles was medizinisch möglich ist auch bezahlt werden über die Basisversicherung. Wo liegt hier die Grenze zwischen ärztlicher Autonomie und den Interessen der Gesellschaft. Wer entscheidet darüber? Diese Diskussion hat auch zu tun mit der eigenen Verantwortung der Bürger. Muss man selbst sparen um in seinem Altertum die notwendige Putzfrau zahlen zu können? Wieder ein anderer Regierungsausschuss, der Ausschuss Wahlmöglichkeiten im Gesundheitswesen (Ausschuss Dunning), hat hierüber studiert. Deutliche Entscheidungen sind noch getroffen worden. Das ist natürlich auch schwierig. Das Kabinett ist u.A. der Ansicht das erst das grosse Publikum darüber diskutieren muss und dass es dann eigentlich ein Problem von Ärzten und andern Anbietern von Gesundheitsdiensten ist zusammen mit Patienten, Politik und Gesellschaft.

Was die Kostendämpfung betrifft gibt es einen Widerspruch in den Plänen der Regierung. Einerseits will sie mit mehr Konkurrenz Kostensenkungen im Gesundheitswesen erreichen, andererseits fürchtet sie gerade die Kostensteigerungen im künftigen Markt des Gesundheitswesens. Die Regierung will die Versicherer miteinander konkurrieren lassen und zu gleicher Zeit jeden Versicherer budgetieren für bestimmte Leistungen. Ein anderer Widerspruch in der Hauspflege ist noch dass es, als Ergebnis von den Plänen aus den siebziger Jahren, ein starker Tendenz gibt zu regionalisieren (Ein Anbieter von Hauspflegediensten in einer Region), weil Konkurrenz gerade mehrere Anbieter und keine begrenzte Regionen voraussetzt.

Ausser der Politik, aber mittels Lobbyisten darin tief penetriert, gibt es die Interessenverbände. Ärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten usw, niemand will natürlich Einkommen verlieren. Marktwirkung ist für diese Berufstände eine grosse Gefahr. Krankenhäuser, Anstalten usw fürchten eine Abnahme ihres Marktanteils. Es werden private Kliniken entstehen. Dabei kommt dass die Regierung die Substitution stimuliert, d.H. das anstelle teurerer Massnahmen systematisch billigere treten sollen, z.B. Hauspflege statt Pflege in einem Altersheim. Die Organisationen fühlen sich auch voneinander bedroht. Das Altersheim kann in der Zukunft die Hauspflege in seinem Stadtteil anbieten, und die Hauspflegeorganisation kann in einem gemieteten Gebäude Altersheimpflege anbieten. Dass ist jedenfalls die Erwartung für die Zukunft. Und dann gibt es noch die Ängste der Gewerkschaften. Die fürchten eine Untergrabung und Aushöhlung der Tarifverträge. Wie in Deutschland machen diese Tarifverträge die Dienstleistungen der traditionellen Anbieter oft teurer als die Dienstleistungen von neuen Anbietern die nicht an einem Tarifvertrag gebunden sind. Auch in anderen Bereichen der Wirtschaft werden die Tarifverträge kritisiert. Sie würden die gewünschte Marktwirkung verstören. Alles zusammen ein Nährboden für interessante Diskussionen die sicher daran beitragen die gesellschaftliche und politische Einsicht der Zuhörer zu vergrössern, aber die meistens nicht führen zu einer Änderung des Bestehenden Zustands. Und inzwischen bleiben wie in Deutschland die Kosten des Gesundheitswesens explosiv steigen.

Die Pläne von Simons

Wie schon gesagt nimmt in den Plänen von Staatssekretär Simons das AWBZ eine Schlüsselstellung ein. Als das AWBZ in 1967 zu Stande kam, sah man dieses Gesetz als die Vollendung des Sozialversicherungssystem. Es ging damals um eine Versicherung über Pflege bei langwieriger Krankheit und bei geistiger und körperlicher Behinderung, das was sie jetzt in Deutschland eine Pflegeversicherung nennen. Das AWBZ soll jetzt Schritt für Schritt auswachsen zu der vom Staatssekretär gewünschten Basisversicherung. Zugefügt an dieses Gesetz sind schon Tagesheime für Behinderte und Behindertenwohngemeinschaften, Behandlung in Tagespflegekliniken, Gemeindefürsorge, in 1989 die Haus- und Familienpflege und in 1992 die pharmazeutische Hilfe. Für eine vollständige Ausgestaltung der Ansprüche aufgrund des heutigen AWBZ verweise ich nach die kurze Übersicht über die Sozialversicherungen in den Niederlanden die sie von mir bekommen werden.

Die Prämie des AWBZ stieg von 0,4 % in 1968 nach 7,3 % in 1992. Die Prämie wird unter Berücksichtigung eines Beitragsfreibetrages, dessen Höhe von der Steuerklasse eines Beitrags mit der Lohnsteuer als Gesamtbetrag über Einkommen von höchstens f 42.966,- pro Jahr eingezogen. Auch ärztliche und fach-zahlreiche andere Leistungen, Heil- und Hilfsmittel werden in der Zukunft in diese Basisversicherung kommen.

Dann sind wir in den Niederlanden von der Wiege an bis zum Grabe für alles versichert. Was dann noch übrig bleibt für die zusätzliche Versicherung ist undeutlich und fragwürdig ist dann auch ob die für eine kommerzielle Versicherung Lebensfähigkeit hat.

Wie ich bei der Beschreibung der Pläne des Dekker-Ausschusses schon sagte, gibt es in der Zukunft und auch schon jetzt eine einkommensgemässe Prämie und eine nominale Prämie. Diese nominale Prämie wurde den 1. Januar 1992 eingeführt in das AWBZ und auch in das Krankenkassengesetz. Krankenkassen und private Versicherer ziehen diese nominale Prämie ein. Mit der Höhe dieser nominalen AWBZ-Prämie wird man in der Zukunft konkurrieren müssen. Dazu ist den 1. Januar dieses Jahres das Alleinrecht einer Krankenkasse in einem bestimmten Gebiet aufgehoben. Es entsteht also, wie wahrscheinlich auch in der Bundesrepublik, Kassenwahlfreiheit für die Versicherten. Auch sind schon einige neue von privaten Versicherern gestifteten Krankenkassen entstanden.

Krankenkassen brauchen in der Zukunft nicht länger mit jedem Anbieter von Diensten ein Vertrag ab zu schliessen. Dann werden verschiedene Anbieter in Wettbewerb miteinander die Leistungen erbringen. Grosse Risiken laufen die Kassen und Versicherer zur Zeit noch nicht. In 1992 findet noch für 75 % Nachkalkulation statt zu Lasten der zentralen AWBZ-Kasse. Das hängt auch damit zusammen dass noch nicht endgültig is festgestellt nach welchen Kriterien die Prämienmittel aus der Zentralen Kasse verteilt werden über die Krankenkassen und Versicherer. Krankenkassen und private Versicherer antizipieren auf die neue Situation und vereinigen sich in Allianzen. In unserem Lande gibt es viele Kartelle und diese Allianzen sind darauf keine Ausnahme. Zweifellos sind sie widrig mit der europäischen Antikartellgesetzgebung.

Wie schon gesagt werden alle Dienstleistungen in funktionellen Termini umschrieben. Aktuelle Fragen in der Diskussion darüber sind z.B. ob die Beratung von Eltern mit jungen Kindern bei den Kreuzvereinen auch in funktionellen Termini umschrieben werden muss oder das in der Zukunft diese Arbeit von den Gemeinden übernommen wird. Auch eine Diskussionsfrage ist ob das Element Putzarbeit bei der Hauspflege oder das Element Wohnen in einem Altersheim bei der funktionellen Umschreibung mitgenommen wird.

Seit den 1 januar d.J. kann für bestimmte AWBZ-Leistungen ein Eigenrisiko eingeführt werden. Die Frage ist dann wieviel das sein muss. Auch diskutiert wird über die Frage ob das Vermögen der Versicherten bezogen werden darf bei der Beurteilung ihrer finanziellen Möglichkeiten. Im Altenwohnheimgesetz ist das schon lange üblich. Ob es logisch ist bei einer allgemeinen Basisversicherung wofür, jeder Prämie zahlt, in vorkommenden Fall auch noch nachzugehen ob der Versicherte die Kosten selbst aus seinem Vermögen zahlen kann ist eigentlich kaum eine Frage. Das die Frage doch gestellt wird hat mehr zu tun mit dem Mangel an finanziellen Mittel beim Staat.

Es gibt in unserem Land also viel Diskussion für politische Feinschmecker. Für die einfache Bürger ist leider viel undeutlich mit den dazu gehörenden Emotionen. Anders als bei den Plänen in den siebziger Jahren stehen die Provinzen und Kommunen völlig ausser Spiel.

Wir können die Diskussionen auch in europäischer Perspektive sehen. Dann kann man sich fragen ob die niederländische Basisversicherung, mit der Kombination von Volksversicherung und Marktwirkung, nicht streitig ist mit europäischen Regeln. Kann der niederländische Gesetzgeber Qualitätsanforderungen stellen die die Marktwirkung einschränken? Ist in einem grosseren europäischen Verband keine Nivellierung von Dienstleistungsniveaus notwendig um ein Sozialversicherungstourismus zu vermeiden? Es sind teils Fragen die auch in der Bundesrepublik sehr relevant sind.

Die Hauspflege in Zahlen

Jetzt werde ich mit Ihnen schauen nach die Entwicklungen in der Hauspflege. Es geht dann um die Gemeindepflege, die Wochenpflege und die Haus- und Familienpflege. Erst einige Zahlen. Es gibt in den Niederlanden 250 Organisationen für Hauspflege in diesem Sinne. Ihr gesamtes Budget beträgt 3,1 Milliarden Gulden. In diesem Sektor arbeiten 120.000 Personen (61.000 Vollzeitäquivalenten). Mehr als 2 Millionen Niederländer machen jährlich Gebrauch von den Diensten der Hauspflegeorganisationen.

Es gibt 72 Organisationen für Gemeindepflege (holländisch: Kruiswerk). In 1980 waren das noch 476. Es hat also eine starke Vergrösserung der Schale stattgefunden. Ungefähr 3,3 Millionen Niederländer sind Mitglied der Gemeindepflegeorganisationen. Das ist auf Grunde des AWBZ verpflichtet wenn man von den Diensten einer Gemeindepflegeorganisation Gebrauch machen will. Das Mitglied sein ist auch eine Art Tradition. Das Gesamtbudget der Gemeindepflegeorganisationen betrug in 1990 919 Millionen Gulden. Die Gemeindepflegeorganisationen verfügen für ihre Arbeit über 2400 Bezirksgebäuden. Auf Vollzeitbasis gibt es 11.800 Arbeitsplätze.

Man kann bei der Gemeindepflege drei Aktivitäten unterscheiden: Krankenpflege zu Hause, Beratungsstellen für Eltern mit kleinen Kindern, und allgemeine Beratung und Prävention. Von der Krankenpflege zu Hause machten in 1990 800.000 Patienten Gebrauch. Für 80 % sind das ältere Leute. Mit diesen Patienten waren in 1990 12 Millionen Kontakte. Die Beratungsstellen für Eltern und Kinder von 0 - 4 Jahre Alt wurden in 1990 von mehr als 800.000 Kinder besucht. Weiter gibt es allgemeine Beratung und Prävention. Z.B. Beratung von Diätisten, Gesprächsgruppen, Schwangerschaftsgymnastik usw.

Die Wochenpflege ist ein anderer Teil der Hauspflege. Es gibt 76 Organisationen für Wochenpflege, und 70 davon arbeiten in einer Organisation mit der Gemeindepflege zusammen. Das Budget betrug in 1990 312 Millionen Gulden.

Es gibt 5860 Vollzeit Arbeitsplätze. In 1990 wurden 198.000 Kinder geboren. Bei 80 % davon gab es Wochenpflege von einer dieser 76 Organisationen. Total ging es um 920.000 Pflagetage.

Der dritte Teil der Hauspflege ist die Haus- und Familienpflege. Es gibt 172 Organisationen. In 1960 waren das noch beinahe 1000. Ihr totales Budget in 1990 war 1848 Millionen Gulden. Es gibt 43000 Vollzeit Arbeitsplätze. In 1990 bekamen 300.000 Menschen Hilfe von einer Haus- und Familienpflegeorganisation. 85 % davon ist älter als 65 Jahre. Total wurden in 1990 52 Millionen Pflagestunden geliefert.

Was bewegt die Hauspflege

Die Vergrösserung des Umfangs der Organisationen ist schon ein Paar Mal erwähnt worden. Die heutige Regionalisierung der Gemeindepflege in 70 Regionen hat zu tun mit den Regierungsplänen der siebziger Jahre. Auch bei der Haus- und Familienpflege gibt es sehr grosse Organisationen, obwohl auch noch ziemlich kleine da sind. Es wird eine Verschmelzung der Gemeindecrankenpflege, Haus- und Familienpflege und Wochenpflege in eine Hauspflegeorganisation nachgestrebt. Man hat einerseits dazu beschlossen weil es eine ständig grösser werdende Überlappung gibt bei der Arbeit der beiden Organisationen. Das trifft vorallem zu bei alten Leuten die sehr viel Pflege brauchen. Andererseits hat es zu tun mit der erwarteten Marktwirkung und mit dem Wunsch dann eine starke Position einzunehmen.

Diese Erwägungen führten in 1990 zu der Fusion des Zentralen Rates für die Haus- und Familienpflege und des Nationalen Kreuzvereins (der Gemeindepflege) in den Landesverband der Hauspflege (LVT). Dieser Verband fördert u.A. die Fusion der Hauspflegeorganisationen auf Regionalebene vor 1995. Die ersten Regionalen Hauspflegeorganisationen neuen Stils sind inzwischen entstanden. Bei den meisten anderen Organisationen werden die Verschmelzungen vorbereitet. Übrigens wird die Vergrösserung des Umfangs auch von der Regierung gefördert. Die hat die Effizienzeffekte dieser Verschmelzungen ad 100 Millionen gulden für 1993 schon einkalkuliert als Sparmassnahme.

Was die Hauspflege noch mehr bewegt ist der Plan Simons. Die Organisationen sind in der Zukunft nicht mehr sicher von ihrem Budget. Die Versicherer werden wie jetzt in Deutschland per Dienstleistung zahlen. Das wird ziemlich komplex werden. In meiner eigenen Organisation z.B. haben wir mit 30 Versicherer zu tun. Es kommen auch neue Anbieter auf den Markt, es entsteht Konkurrenz zwischen Anbietern, es entsteht auch Konkurrenz zwischen Versicherer. Ein Altersheim oder Krankenhaus kann Hauspflege bieten. Und weil das Substitutionsdenken populär ist, billigere Hauspflege statt teurerer Heimpflege, ist es nicht undenkbar das gerade die Heime um den Verlust des Marktes zu kompensieren auch Hauspflege anbieten werden. Neue kommerzielle Anbieter begegnen wir heute schon bei der Wochenpflege und bei der sogenannten terminalen Hauspflege.

Die Mitglieder des LVT (Landesverband der Hauspflege) haben vorläufig gegenseitige Konkurrenz ausgeschlossen, aber über diesen Punkt wird jetzt diskutiert. Wettbewerb und Marktwirkung stehen auf gespanntem Fusse mit der Idee von regionalen Organisationen der Hauspflege. Es wird dann auch viel geredet über andere Allianzen und kartellähnlichen Konstruktionen. Das Problem ist bei dies All das es noch soviel Unsicherheit gibt über die Formgebung und die Bedingungen der künftigen Basisversicherung. Diese Unsicherheit wird grösser. Es ist kaum noch möglich, wie geplant, Fürsorge und Pflege vom 1. Januar 1993 an in funktionellen Termini zu umschreiben. Dessenungeachtet treffen die Organisationen Vorbereitungen für die neue Situation, obwohl es keine definitive Richtlinien gibt.

Es kann sein das Staatssekretär Simons stolpert über die wachsende Opposition gegen seine Pläne. Diese Opposition kommt auch von sozialdemokratischen Freunden. Man fürchtet u.A. dat jeder Bürger in der Zukunft mehr als 50 % Steuer und Prämie zahlen muss weil die Progression des Steuersystems völlig verschwindet. Und was geschieht als die Pläne der Basisversicherung scheitern? Kommt dan doch noch Konkurrenz? Gewinnen in diesem Kampf die privaten Versicherer oder die traditionellen Krankenkassen? Die ersten wollen Konkurrenz, die zweiten regionale Organisationen. Ich will keine weitere Beispiele aus dieser Diskussion nennen. Sie werden sich vorstellen können dass ein so ambitiöser und breiter Plan für eine Basisversicherung viele Berührungsebene hat mit wichtigen gesellschaftlichen Themen worüber lebhaft Diskussionen stattfinden.

In der Hauspflege entstanden und entstehen noch sehr grosse Organisationen mit oft Tausende Angestellte. Struktur und Funktionieren der Organisationen sind sehr betriebsgemäss. Vorstand und Verwaltung haben einen geographisch grossen Bereich. Die Dienstleistungen werden organisiert in ein einem kleinen kundenahem Bereich. Innerhalb der Kreuzvereine (die Gemeindepflege) müssen die Pfleger und Pflegerinnen jetzt wählen zwischen die eigentliche Hauspflege oder Beratung für Elter mit kleinen Kindern. Das ist für Allroundfachkräfte eine schwierige Aufgabe. Hatten sie früher einen breiten Aufgabenkreis mit relativ viel Handlungsfreiheit, in der Zukunft werden sie einen schmaleren Aufgabenkreis haben der leichter zu kontrollieren und zu steuern ist. Auch die gebrauchte Terminologie ist betriebsgemäss geworden. Mann hat jetzt Regionalmanager, Teammanager, Büromanager, und selbst Hauspflegevertreter. Wir sprechen von Produkten und neue Märkte erobern. Der Kunde ist natürlich König, obwohl es in der Praxis oft noch anders ist. Es gibt Mangel an Geld und/oder Personal, es gibt Beschränkungen in den Richtlinien usw. Auch die Berufsauffassungen von z.B. den Gemeindeschwestern können kundenunfreundlich sein. Gerade die Pfleger und Pflegerinnen und ihre Berufsorganisations befinden sich heutzutage in der Defensive.

Die Vorstände und ihre Manager sind stark geneigt zu antizipieren auf die zukünftige Situation.

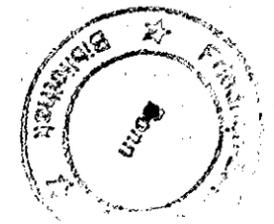
Als sehr positiv empfinde ich das die Bewegung in der Hauspflege auch führt zu Innovation, Qualitätsverbesserung, und auch zu einem Schauen nach anderen Organisation, obwohl profit obwohl non-profit. Als Produkt von Zusammenarbeit von Altersheimen und Hauspflegeorganisationen entstehen viele Projekte für Tagespflege für Senioren die viel Pflege brauchen und damit ihren Partner zuviel belasten oder für Senioren die vereinsamen. In so einem Projekt stellt ein Altersheim ein Raum zur Verfügung und die Hauspflegeorganisation das Personal. Der Provinz gibt noch was Geld dazu für die extra Kosten.

Auch gibt es in der Zusammenarbeit mit Pflegeheimen sogenannte Substitutionsprojekte. Für alte Menschen die indiziert sind für ein Pflegeheim, kommen extra Geldmittel zur Verfügung für Pflege zu Hause oder in einem Altersheim. Meistens geht es um psychogeriatrischen Patienten. Diese Möglichkeit wird mit einer speziellen Subventionsreglung vom Krankenkassenrat stimuliert. Und als kommerzielle Aktivität sehen wir z.B. ein Angebot von Ferienreisen mit einer Pflegerin dabei, oder selbst Gemeindegemeinschaftspflege für die Überwinterung in Spanien. Auch werden von Kreuzvereinen Hauspflegeladen errichtet wo man Hilfsmittel von Verlängerter Hand bis Rollstühle mieten oder kaufen kann.

Zum Schluss

Wir sind in den Niederlanden auf dem Wege nach ein neues System für das Gesundheitswesen. Die Hauspflege ist stark in bewegung. Das hat auch zu tun mit der Erwartung dass, eher als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens als z.B. Krankenhäuser, ein Wettbewerb entstehen wird. Die Hauspflege ist auch mehr als andere Bereiche geeignet um die Leistungsberechtigten nicht die Leistung sondern das dafür nötige Geld zu geben. Der Leistungsberechtigte kauft dann selbst die Leistungen und entscheidet über den Anbieter. Es ist ein Thema dass bei Vereinen von Senioren oder Behinderten sehr populär ist.

Die Zukunft der holländischen Hauspflege ist in mancherlei Hinsicht unsicher. Es kann noch sein das der Plan Simons scheitert. Aber auch dann bleibt die Unsicherheit. Ich wollte aber nicht nur unsicher und defensiv scheinen. Ich stellte auch fest das die skizzierte unsichere Zukunft die Innovation fördert. Dabei wird eingespielt auf gesellschaftliche und politische Entwicklungen die auch in der Bundesrepublik stattfinden. Ich hoffe dann auch mit meinem Referat einen kleinen Beitrag geliefert zu haben an die Diskussion die innerhalb der Arbeiterwohlfahrt geführt wird über den Gesundheitsreform in der Bundesrepublik.



AMBULANTE SOZIALPFLEGERISCHE DIENSTE UND DIE KÜNFTIGE BASISVERSICHERUNG ÜBER KRANKHEITSKOSTEN IN DEN NIEDERLANDEN

Einführungsreferat von Bas Maassen, Direktor der Stiftung Haus- und Familienpflege Meerlanden e.o. in Hoofddorp/Niederlande

KURZFASSUNG

In der Hauspflege ist viel in Bewegung. Die wichtigste Ursache davon ist die geplante Reform des Gesundheitswesens die zur Zeit im Gange ist. Unsere Regierung will eine Pflichtversicherung über Krankheitskosten für alle Bürger.

In 1974 veröffentlichte der damalige Staatssekretär Hendriks vom Gesundheitsministerium seine sogenannte Strukturnote. Die Ideen aus dieser Note bestimmten in den siebziger Jahren die Diskussionen und auch wurden Schritte in die gewünschte Richtung unternommen. Aber allmählich liefen die Entwicklungen fest. Die Zeiten hatten sich inzwischen geändert. Die Politik gab nicht auf und schlug einen anderen Weg ein. In 1986 wurde ein schwerer Ausschuss für die Struktur und Finanzierung der Gesundheitsdienste ins Leben gerufen. Dieser sog. Dekker-Ausschuss schlug vor die Finanzierung der gesamten Gesundheitsdienste in eine allumfassende Basisversicherung unter zu bringen. Diese Basisversicherung soll für 90 % finanziert werden aus Prämien einkassiert vom Steueramt. Der Unterschied zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern verschwindet im neuen System. Ein Wettbewerb muss entstehen zwischen Versicherern und zwischen Anbietern von Dienstleistungen. Es wird deutlich sein das ein so vielumfassender und ambitionierter Plan auch Probleme und Frage von mancherlei Art entstehen lässt.

Dann werde ich mit Ihnen schauen nach die Entwicklungen in der Hauspflege. Es geht dann um die Gemeindepflege, die Wochenpflege und die Haus- und Familienpflege. Erst einige Zahlen. Es gibt in den Niederlanden 250 Organisationen für Hauspflege in diesem Sinne. Ihr gesamtes Budget beträgt 3,1 Milliarden Gulden. In diesem Sektor arbeiten 120.000 Personen (61.000 Vollzeitäquivalenten). Mehr als 2 Millionen Niederländer machen jährlich Gebrauch von den Diensten der Hauspflegeorganisationen.

Die heutige Regionalisierung der Gemeindepflege in 70 Regionen hat zu tun mit den Regierungsplänen der siebziger Jahre. Es wird jetzt auch eine Verschmelzung der Gemeindekrankenpflege, Haus- und Familienpflege und Wochenpflege in eine Hauspflegeorganisation nachgestrebt. Was die Hauspflege noch mehr bewegt ist die künftige Basisversicherung (jetzt auch Plan Simons genannt). Die Organisationen sind in der Zukunft nicht mehr sicher von ihrem Budget. Die Versicherer werden wie jetzt in Deutschland pro Dienstleistung zahlen. Das Problem ist bei dies All das es noch soviel Unsicherheit gibt über die Formgebung und die Bedingungen der künftigen Basisversicherung. Diese Unsicherheit wird grösser. Es kann sein das Staatssekretär Simons stolpert über die wachsende Opposition gegen seine Pläne. Und was dann ?